Psihologie practică

JOHN E. SARNO

Reţetă pentru minte şi corp

Cum să vindeci durerile trupului

3
TREI
www.virtual-project.eu

John E. Sarno

Reţetă pentru minte şi corp

Cum să vindeci durerile trupului

www.virtual-project.eu

Traducere din engleză de Dana Mareş

Editura Trei (2010)
Titlu original: The Mindbody Prescription: Healing the Body, Healing the Pain (1999)

Dedicată cu recunoştinţă şi
afecţiune pacienţilor mei:
ei constituie sursa
a tot ceea ce ştiu
şi izvorul plăcerii mele
de a practica medicina.

John E. Sarno este profesor de medicină recuperatorie la New York University School of Medicine. El este iniţiatorul diagnosticului

psihosomatic al sindromului tensiunii musculare, autor al mai multor cărţi de succes în domeniu. Printre pacienţii săi trataţi cu succes se numără mai multe VIP-uri, printre care actriţa Anne Bancroft.

Mulţumirile autorului

Le sunt îndatorat acestor oameni ocupaţi care au fost destul de amabili să citească şi să critice părţi din text sau textul în întregime: Frances Anderson, Jim Campobello, Stanley Coen, Ariene Feinblatt, Marion Hart, Ruth Imber, Ira Rashbaum şi Eric Sherman. Le mai sunt recunoscător şi psihoterapeuţilor din acest grup care au lucrat cu mine de-a lungul anilor şi au contribuit imens la înţelegerea mea legată de psiho-dinamica inconştientului.

Ca rezultat al ilustrei sale cariere de autor şi editor în domeniul medical, sugestiile soţiei mele, Martha Taylor Samo, au fost extrem de valoroase.

Am fost deosebit de norocos să găsesc un agent literar sensibil, diplomat şi foarte eficient în persoana lui Alice Martell. Greutăţile legate de publicare au fost minime, dar ea a fost de cel mai mare ajutor înlăturându-le pe cele câteva care au apărut.

Editorul lucrării *Healing Back Pain (Cum să vindeci durerea de spate)* şi editorul iniţial al acestei cărţi a fost Susan Suffes, cu care a fost o plăcere să lucrez; pe parcurs, ea a decis o schimbare de carieră şi a părăsit Warner Books. Totuşi, norocul mi-a surâs încă o dată atunci când Susan Sandler a devenit editorul meu. Susan are o bună experienţă în editare. Îi sunt foarte recunoscător pentru schimbările stilistice şi de reordonare pe care le-a făcut şi mă gândesc cu jenă cum ar fi arătat o parte din text fără editarea ei.

Şi, în final, la propriu şi la figurat, o amintesc pe Mary Oland, secretara mea, dactilografă neobosită şi stăpână absolută a computerului. M-am minunat de bunăvoinţa cu care a făcut faţă nenumăratelor schimbări şi copii. Mulţumesc, Mary.

Prefaţă

Durere, neputinţă, dezinformare, frică – acest cvartet a chinuit lumea occidentală vreme de decenii şi pacostea nu dă semne de slăbiciune. Durerile de spate, gât şi membre sunt în floare, iar statisticile arată că epidemia se răspândeşte. Dezabilităţile angajaţilor din industria americană cauzate de durerea lombară continuă să crească an de an.

Companiile ce angajează în majoritate de oameni care lucrează la computere se confruntă cu un nivel înalt al dezabilităţii şi cu probleme privind asigurările de sănătate din cauza unor noi afecţiuni dureroase cunoscute ca boli ale tensiunii repetitive (RSI – *repetitive stress injury)*[1]. Milioane de americani, în cea mai mare parte femei, suferă de o maladie dureroasă cu cauze necunoscute, numită fibromialgie. În timp ce industriile medicale gigantice au reuşit să stabilească un diagnostic şi să trateze aceste afecţiuni, pacostea continuă să facă victime.

Cartea de faţă vorbeşte despre acest tip de epidemie. Ea descrie atât experienţa clinică ce a identificat cauza afecţiunilor cu dureri cronice, cât şi metoda de tratament. Este trist faptul că medicina convenţională respinge diagnosticul pe motiv că se bazează pe teoria conform căreia simptomele fizice sunt cauzate de fenomene emoţionale. Totuşi, profanii inteligenţi au îmbrăţişat ideea în număr mare, fără îndoială pentru că aceştia nu sunt împovăraţi de tendinţele impuse de o educaţie medicală tradiţională.

Ca şi cum epidemia durerilor cronice nu ar fi fost suficient de puternică, mai multe tulburări fizice au fost identificate ca fiind *echivalente* ale acestor afecţiuni dureroase, de vreme ce par a avea drept cauză aceleaşi procese psihologice. Aceste maladii au apărut de zeci de ani şi, luate împreună cu maladiile dureroase larg răspândite, au devenit atotprezente în societatea vestică. Mă refer la multe tipuri de migrene, simptomele gastrointestinale şi alergii, precum şi la afecţiuni respiratorii, dermatologice, probleme genito-urinare şi ginecologice care constituie problemele vieţii de fiecare zi.

Dacă majoritatea acestora sunt de natură psihogenă – ceea ce înseamnă că îşi au originea în minte (şi scopul meu este acela de a demonstra că aşa este) – avem o problemă de sănătate publică de proporţii înspăimântătoare. Implicaţiile medicale, umanitare şi economice sunt evidente şi vor fi enumerate.

Această carte vorbeşte despre emoţii, boală şi bunăstare, despre legăturile dintre acestea şi despre ce poate face o persoană pentru a-şi

îmbunătăţi starea de sănătate şi pentru a combate anumite probleme fizice. Ideile noastre se bazează pe douăzeci şi patru de ani de tratare cu succes a unei tulburări fizice induse emoţional, cunoscută sub numele de „sindrom al tensiunii musculare”{2} – *(Tension Myositis Syndrome)*. Deşi voi oferi o descriere actualizată a acestei probleme de sănătate, voi pune un accent major pe impactul emoţiilor asupra funcţiilor corpului.

Această legătură a fost aproape de a fi acceptată de medicina occidentală în prima jumătate a secolului al douăzecilea, după care a căzut în dizgraţie totală. Respingerea teoriei psihanalitice, creşterea interesului pentru cercetarea de laborator şi tendinţa doctorilor de a se retrage din preajma chestiunilor psihologice (ei se consideră un fel de ingineri ai corpului uman) sunt motivele probabile ale acestei tendinţe istorice. Pe măsură ce acest secol se apropie de final, tot mai puţini practicieni, indiferent că sunt medici ai trupului sau ai minţii, cred că inconştientul, emoţiile refulate provoacă boli fizice. Psihanaliştii sunt singurii clinicieni care au susţinut acest concept, dar influenţa lor în domeniile mai vaste ale psihiatriei şi medicinei generale este limitată. În specialităţile medicinei somatice nimeni nu se alătură realmente acestei idei.

În ciuda lipsei de interes a medicinei convenţionale, s-a scris mult despre „legătura minte-corp”. Au fost realizate studii atente care leagă factorii psihologici de stări patologice cum sunt boala arterială coronariană sau hipertensiunea. Nu am ştiinţă decât de un singur cercetător din afara ariei psihanalizei care a identificat emoţiile inconştiente ca fiind cauza unei boli fizice. Există studii despre stres, furie, anxietate, singurătate, depresie, dar acestea sunt considerate emoţii conştiente, uşor de observat. Se crede că în multe situaţii aceste sentimente agravează procesele patologice structurale deja prezente, cum ar fi hernia de disc, fibromialgia sau bolile tensiunii repetitive.

Având în vedere valul critic la adresa lui Freud din ultimii ani, aş putea provoca dezaprobarea dacă aş afirma despre conceptele mele că descind din observaţiile şi teoriile clinice ale lui Freud. Dar ştiu asta doar privind retrospectiv, pentru că nu mi-am propus să dovedesc că Freud are dreptate. Ideile mele în dezvoltare au constituit consecinţa observaţiilor clinice; nu s-au bazat pe noţiuni preconcepute despre legătura dintre minte şi corp. Cât priveşte pacienţii lui Freud, am constatat că simptomele fizice ale pacienţilor mei erau rezultatul direct al unor emoţii puternice refulate în inconştient. În plus, am avut în vedere conceptele altor trei psihanalişti: Franz Alexander, fondatorul Institutului pentru Psihanaliză din Chicago, a efectuat o muncă de pionierat în medicina minte-corp în acest secol; Heinz Kohut a conceptualizat ceea ce este cunoscut ca psihologia Sinelui şi a indicat importanţa furiei narcisice; Stanley Cohen a sugerat ideea

esenţială conform căreia tulburarea minte-corp pe care am studiat-o (STM) este un act de apărare, o strategie de evitare pentru a distrage atenţia de la sentimente de frică refulate.

Această carte abordează tulburările fizice cauzate de sentimente refulate, inconştiente. Pentru că aceste tulburări sunt foarte specifice, ele pot fi diagnosticate cu acurateţe şi tratate cu succes.

Sindromul tensiunii musculare este în prezent cea mai frecventă boală indusă emoţional din Statele Unite şi probabil din lumea occidentală. De la publicarea lucrării *Healing Back Pain (Cum să vindeci durerea de spate),* au apărut şi alte forme de durere, semnificative din punctul de vedere al sănătăţii publice. Şi acestea sunt tot manifestări ale STM.

Cartea este structurată în trei părţi. Prima parte este o discuţie despre psihologia care induce aceste maladii fizice şi include un capitol care ar putea fi considerat o punte, pentru că descrie psihoneurofiziologia proceselor psihogene: cu alte cuvinte, felul în care emoţiile stimulează creierul pentru a produce simptome somatice. După traversarea acestui pod (care nu e chiar atât de ciudat, precum pare), partea a doua se ocupă de variatele boli fizice induse pe cale emoţională, începând cu STM, tulburarea care m-a introdus în lumea medicinei psihosomatice şi incluzând afecţiuni cum ar fi perturbări ale tractului gastrointestinal, migrene, alergii şi afecţiuni ale pielii.

Partea a treia discută despre tratamentele acestor afecţiuni.

Pentru cei care sunt interesaţi, o anexă acoperă aspectele mai academice ale proceselor minte-corp (psihosomatice).

Un cuvânt de avertizare către cititor: ceea ce urmează este o descriere a experienţei mele clinice şi a teoriilor ivite din munca mea. Nimeni nu ar trebui să presupună că simptomele sale au cauze psihice înainte ca un medic să excludă posibilitatea existenţei unei boli somatice.

Introducere: o perspectivă istorică

La fel ca un cancer care se dezvoltă sălbatic, problema simptomelor dureroase de orice fel a devenit, în perioada care a trecut de când am absolvit medicina, o epidemie majoră în cele mai multe dintre ţările industrializate din Vest. Diagnoza şi tratarea acestor boli în Statele Unite constituie în momentul de faţă o industrie imensă. Numai problema durerii lombare costă naţiunea mai mult de şaptezeci de miliarde de dolari pe an, iar dacă adăugăm toate epidemiile moderne ale altor afecţiuni dureroase, cum ar fi sindromul canalului carpian, cifrele sunt probabil de două ori mai mari. Sunt persoane care nu cred că aceste probleme medicale trebuie descrise în termeni de epidemie, probabil pentru că ele nu ameninţă viaţa în mod obişnuit şi nici publicul nu este complet conştient de ravagiile financiare, sociale şi emoţionale pe care le provoacă acestea. Faptul că nu ameninţă viaţa este singurul lucru pozitiv care poate fi spus despre aceste afecţiuni, pentru că ele pot cauza dizabilităţi fizice şi emoţionale mai grave decât multe alte tulburări considerate ca fiind ameninţătoare. O persoană cu paralizie la ambele picioare dacă e bine tratată poate duce o viaţă normală în esenţă, în timp ce o altă persoană care suferă de o durere cronică severă poate fi aproape total neputincioasă, incapabilă să muncească şi în stare să desfăşoare foarte puţină activitate fizică.

Întrebările imediate şi inevitabile sunt: De ce şi cum s-a întâmplat acest lucru? După milioane de ani de evoluţie, am devenit brusc incapabili să funcţionăm normal? Există inadvertenţe arhitecturale în corpurile noastre care au devenit vizibile în ultimii patruzeci de ani? Dacă aceste afecţiuni dureroase nu sunt cauzate de anomalii structurale, cum altfel pot fi explicate aceste epidemii?

Munca mea de început în domeniul diagnozei şi tratării sindroamelor dureroase la spate, gât şi umeri a fost, fără îndoială, una neplăcută şi frustrantă. Diagnosticele convenţionale şi metodele de tratament conservatoare (nechirurgicale) au avut rezultate dezamăgitoare şi inconsistente. Chiar şi în timp ce le explicam pacienţilor raţionamentele aflate la baza diagnosticării şi a tratamentului, nu mă simţeam în largul meu, pentru că explicaţiile păreau lipsite de logică din punct de vedere fiziologic şi anatomic. Încă din 1904 doctorii descriau o afecţiune dureroasă a muşchilor – în mod divers numită fibromialgie, miofascită, fibrozită, fibromiozită – dar nimeni nu reuşise să identifice patologia exactă sau cauza acestei afecţiuni. În cele din urmă am început să abordez pacienţii ca şi cum

nu se ştia nimic despre cauza durerii lombare. Am realizat curând că ţesutul principal implicat era muşchiul. Ceva se întâmpla cu muşchii gâtului, ai umerilor, ai spatelui şi ai feselor.

Pentru că sunt identificate cu uşurinţă cu ajutorul razelor X, cei mai mulţi practicieni atribuiau durerea unei varietăţi de deformări structurale ale coloanei, cum ar fi modificările normale ce intervin odată cu înaintarea în vârstă, anomaliile congenitale sau neregularităţile de aliniament. Alţii credeau că muşchii sunt dureroşi pentru că sunt slabi, luxaţi sau încordaţi. Mai mult, durerea de spate, gât sau umăr era adesea acompaniată de durere şi de alte simptome neurologice resimţite în braţ sau în picior. Astfel, dacă o anomalie structurală era găsită în apropierea unui nerv spinal a cărui destinaţie era un braţ sau picior, clinicianul avea tendinţa să atribuie simptomele acelei anomalii fără a mai avea grija rigurozităţii unui diagnostic ştiinţific. Totuşi, istoricul medical atent şi examinarea fizică au revelat adesea că presupusul vinovat era inocent, că osul sau deformarea discului nu ofereau explicaţii pentru cele constatate. Cu toate acestea, durerea era pusă tot pe seama coloanei vertebrale.

O alianţă improbabilă a apărut între discipline disparate. Specialiştii în chiropraxie („tragerea oaselor”), criticaţi mulţi ani cu severitate de medici ca fiind neştiinţifici, au ajuns încetul cu încetul să fie acceptaţi în totalitate în frăţia celor care stabilesc diagnosticul şi tratează spatele. Aceştia susţinuseră întotdeauna că deformările structurale ale coloanei sunt cauza durerii de spate. De vreme ce doctorii credeau acelaşi lucru, era inevitabil ca practicanţii chiropraxiei să devină membri ai comunităţii terapiei pentru spate. Alţi membri ai acestei comunităţi terapeutice sunt osteologii, fizioterapeuţii (specialişti în medicină fizică şi recuperatorie), ortopezii, neurologii, neurochirurgii, acupuncturiştii, kinetoterapeuţii şi mulţi alţii care folosesc programe speciale de exerciţii sau masaj. Ce au aceştia în comun este ideea potrivit căreia coloana vertebrală şi/sau musculatura înconjurătoare este deficitară, se răneşte uşor şi are mare nevoie de un tip de intervenţie fizică. Chirurgia este cea mai drastică şi una dintre cele mai obişnuite.

Pentru că un fel de inflamaţie indusă structural, *a cărei natură nu a fost niciodată elucidată până acum,* este considerată responsabilă pentru o mare parte a durerii, sunt prescrise cantităţi imense de medicamente care conţin sau nu steroizi.

Cu privire la numeroasele programe de diagnostic şi terapie utilizate în prezent în gestionarea acestor sindroame dureroase, orice întrerupere în aplicarea terapiilor existente ar crea o catastrofă financiară, pentru că diagnoza şi tratamentul durerii cronice constituie acum o industrie gigantică în Statele Unite. Însă diagnosticul şi tratamentul corect ar salva sume enorme de bani.

La începutul anilor 1970, în mijlocul acestei epidemii aflate în plin avânt, am început să mă îndoiesc de validitatea diagnosticelor convenţionale şi apoi a tratamentului aferent aplicate simptomelor dureroase ale gâtului, umărului şi spatelui. O privire mai atentă îmi sugerase că muşchii spatelui, de la ceafă la fese, constituiau ţesutul principal implicat. Acest fapt confirma munca tuturor celor care de-a lungul anilor descriau ceea ce se numeşte fibromialgie, fibrozită sau durere miofascială. Studiul meu asupra literaturii de specialitate şi experienţa crescândă cu pacienţii sugera faptul că aceste maladii făceau parte dintr-o afecţiune dureroasă pe care eu am numit-o sindromul tensiunii musculare (STM). STM este o alterare a stării normale a musculaturii, dureroasă, dar inofensivă.

Dar ce se întâmplă cu semnalele şi simptomele neurologice din picioare şi braţe? Un timp am crezut că acestea trebuie să fie cauzate de compresia structurală din coloană sau de acea „inflamaţie" misterioasă atât de des citată de alţi practicieni. Totuşi, pentru că numărul inconsecvenţelor creştea, am fost forţat să accept concluzia că procesul ce cauza durerea musculară era responsabil şi pentru simptomele de la nivelul nervilor. Dar care era acest proces?

Atunci când medicii analizează istoricul medical al pacienţilor, ei adresează întrebări de rutină despre afecţiunile şi simptomele trecute sau curente. Am aflat că 88 la sută dintre pacienţii mei aveau un istoric legat de boli gastrointestinale cum ar fi arsurile, simptomele preulceroase, hernia hiatală, colita, colonul spastic, sindromul intestinului iritabil şi alte reacţii induse de tensiune cum ar fi durerea de cap provocată de tensiune, migrena, eczemele şi urinarea frecventă. Deşi nu toţi practicienii sunt de acord că aceste afecţiuni se află în legătură cu fenomene psihologice sau emoţionale, experienţa mea clinică de medic de familie şi propriul meu istoric medical m-au făcut să mă simt destul de confortabil cu această concluzie. De exemplu, timp de mai mulţi ani avusesem migrene regulate, completate de acele „fulgere" de lumină care preced puseurile de durere de cap. Cineva mi-a sugerat că furia refulată ar putea sta la baza acestora. Data următoare când am avut „fulgerele" – prevestitoare ale unei dureri de cap – m-am aşezat să mă gândesc ce furie aş fi putut refula. Nu am reuşit să găsesc un răspuns, *dar pentru prima oară în viaţa mea nu am avut o durere de cap*. A fost o dovadă puternică a faptului că migrena era cauzată de fenomene emoţionale.

Astfel că a fost logic să emit ipoteza că aceste dureri ale musculaturii spatelui s-ar putea încadra în acelaşi grup al afecţiunilor fizice induse emoţional. Când am început să testez ideea, spunându-le pacienţilor că eram de părere că durerea lor este rezultatul „tensiunii", am fost uimit să observ că starea celor care au acceptat diagnosticul s-a îmbunătăţit. Starea celor care au respins diagnosticul nu s-a

schimbat.

În acele zile de la începutul carierei mele toţi pacienţii mei beneficiaseră de terapie fizică administrată de terapeuţi; i-am informat pe scurt pe pacienţi că terapia are rolul de a furniza o calmare temporară a simptomelor, însă însănătoşirea reală depinde de recunoaşterea naturii procesului. Cei ale căror afecţiuni se îmbunătăţiseră au fost de acord cu diagnosticul. Acest fapt a fost similar experienţei mele cu migrena: acceptarea unui rol emoţional în geneza simptomelor a îndepărtat cumva acele simptome. Aveau să treacă mulţi ani până să înţeleg motivul acestui fenomen fascinant şi misterios.

La momentul respectiv, a le spune pacienţilor că eu credeam că durerea lor este cauzată de o „tensiune" era un lucru dificil. Orice medic ar fi luat în râs această idee; omul de rând s-ar fi simţit insultat dacă ai fi sugerat că vreun simptom fizic venea de fapt „din cap". Aceasta era o frază pe care o evitam asiduu din cauza conotaţiei sale peiorative, deşi pacientul o introducea adesea. Uneori eram capabil să explic legătura dintre tensiune şi durere în mod satisfăcător, dar eram destul de neputincios din cauza propriei mele înţelegeri limitate a psihodinamicii implicate. În schimb, vorbeam despre anumite caracteristici de personalitate care păreau a fi comune persoanelor care sufereau de STM şi despre felul în care aceste caracteristici ar putea conduce la tensiune şi anxietate. Am sugerat că simptomele reprezentau o expresie mai degrabă fizică decât emoţională a anxietăţii şi că persoanele care erau muncitoare, conştiincioase, responsabile, compulsive şi perfecţioniste erau predispuse la STM. Nu puteam să furnizez o definiţie clinică a cuvântului *tensiune,* dar era un cuvânt cu care oamenii se puteau identifica. Termenii *psihologic* şi *emoţional* erau cuvinte nepotrivite care implicau ideea că era ceva ciudat cu pacientul; evitam cuvântul *psihosomatic* pentru că pentru mulţi dintre oameni el însemna că durerea era falsă sau imaginară. Cu toate acestea, am continuat să fac astfel de diagnoze şi rata succesului în ce priveşte tratamentul meu a început să crească în mod substanţial. Simt acum că am înţeles natura acestei afecţiuni şi că aş putea prezice cu ceva acurateţe cine s-ar face bine şi cine nu.

La examinarea medicală, aproape la fiecare pacient a fost semnalată sensibilitatea la palparea (apăsarea) anumitor muşchi, indiferent de locul din zona gâtului sau a spatelui în care simţeau durere. De exemplu, cineva ar putea simţi durere numai în partea inferioară dreaptă a spatelui, dar cu ocazia examinării să simtă durere când presez partea superioară a ambilor umeri (muşchii trapezoidali superiori), şalele (muşchii paraspinali lombari) şi partea exterioară a ambelor fese (muşchii gluteali). Aceste constatări frecvente sugerau cu tărie faptul că sindromul îşi avea originea mai degrabă în sistemul

nervos central (creier), decât într-o anomalie structurală locală.

Pe la mijlocul anilor 1970 ajunsesem la concluzia că majoritatea sindroamelor dureroase ale gâtului, umărului şi spatelui, împreună cu durerea asociată semnalată adesea în picioare şi braţe erau rezultatul unui proces cauzat la nivel psihic, ceea ce conducea la concluzia că este vorba despre o tulburare psihosomatică clasică. Aceasta înseamnă că factori emoţionali declanşează o reacţie în anumite ţesuturi din corp, care are ca rezultat durerea şi alte simptome neurologice.

Care era natura acestei reacţii? Tratamentul terapeutic somatic consta în aplicarea unei călduri puternice (furnizată prin ultrasunete), masaj puternic şi exersarea activă a muşchilor implicaţi. Cei mai mulţi dintre pacienţi au observat o uşurare cel puţin temporară. De vreme ce ştiam că aceste modalităţi de tratament sporeau circulaţia locală a sângelui, era logic să trag concluzia că şi cauza simptomelor era o reducere a fluxului de sânge în ţesuturile implicate. Circulaţia sângelui se află sub controlul unui subsistem al sistemului nervos central cunoscut ca sistemul nervos autonom. Multe dintre alte afecţiuni psihosomatice (ulcerul peptic, colita, migrena şi durerea de cap provocată de tensiune) sunt, de asemenea, mediate de sistemul nervos autonom. Nimic mai simplu: ceva în creier decide să iniţieze acest proces; centrii autonomi suntt activaţi şi într-un interval de câteva milisecunde circulaţia înspre zonele implicate este redusă. Asta înseamnă că aceste ţesuturi sunt acum lipsite de aportul lor normal de oxigen, fapt care constituie aproape sigur motivul simptomelor. Toate acestea au corelat cu constatările din 1975 a doi cercetători germani, potrivit cărora se putea dovedi o uşoară lipsă de oxigen în nucleele celulelor musculare ale pacienţilor cu dureri de spate, precum şi cu studii publicate în literatura de specialitate de o echipă de reumatologi suedezi în anii 1980.

Întrucât era furnizată o explicaţie logică pentru simptome, am plecat de la premisa că lipsa de oxigen cauzează durerea. Mai mult, chiar dacă s-ar fi dovedit că această cauză a durerii era o urmare a altor procese induse de creier, era evident că tratamentul trebuia direcţionat către creier şi nu către ţesuturile locale.

Le-am spus pacienţilor mei că nu era nimic în neregulă cu spatele lor. Le-am explicat că aveau o afecţiune inofensivă care trebuie tratată cu ajutorul minţii, nu a corpului. Conştientizarea, înţelegerea, cunoştinţele şi informaţia erau medicamentele magice care aveau să vindece această tulburare – şi nimic altceva nu ar putea-o face.

În 1979 am instituit practica aducerii împreună a pacienţilor şi prezentării în faţa acestora a detaliilor fizice şi psihologice a STM. Logica era clară: dacă informaţia era tratamentul, trebuia să fac o treabă mai bună furnizând-o. Aceste cursuri reprezintă acum temelia programului terapeutic şi par a fi tot ceea ce este necesar pentru 80-90

la sută dintre cei care se ameliorează până la recuperarea totală.

Viziunea mea asupra acestei probleme la începutul anilor 1980 este ilustrată cel mai bine de o scrisoare pe care am scris-o editorului Russell Baker de la *New York Times,* al cărui editorial din data de 16 august 1981 era intitulat „Unde au dispărut toate ulcerele?". Pentru că bănuiam că prezenta interes pentru el, pe 23 septembrie 1981 i-am trimis următoarea scrisoare:

Stimate domnule Baker:

Pentru că sunteţi un bărbat bine informat, m-am gândit că aţi fi interesat să aflaţi adevăratul motiv al declinului în incidenţa ulcerelor, despre care aţi scris cu ceva timp în urmă. Ulcerele gastrice şi duodenale sunt membre ale unei familii de afecţiuni fizice, care, după cum aţi afirmat în mod corect, reflectă prezenţa unei mari acumulări de tensiune. Alţi membri ai acestei familii de răufăcători sunt colitele, colonul spastic, durerea de cap provocată de tensiune, diferitele alergii de grădină, pentru a numi doar unele dintre cele mai proeminente boli. Există încă una, totuşi, care a scăpat observaţiei comunităţii medicale sau mai degrabă a supravieţuit deghizată în altceva şi este una foarte importantă pentru că şi-a asumat rolul ulcerului omniprezent anterior. De ce a apărut această schimbare este o poveste foarte interesantă, la care mă voi întoarce imediat. Această afecţiune nu este alta decât obişnuita durere de spate (sau de gât sau umăr). S-a presupus vreme de mulţi ani că durerea de spate este cauzată de o deficienţă a coloanei vertebrale şi a structurilor legate de ea, dar acesta este mai degrabă un diagnostic printr-un ecran de fum care a întunecat cu succes imaginea doctorilor şi altor practicieni. De fapt, durerea de spate este cauzată de hiperactivitatea în aceeaşi regiune a sistemului nervos care cauzează şi ulcerele, iar stimulul vinovat pentru aceasta este acelaşi vechi bau-bau, tensiunea.

Sunt foarte serios când afirm asta şi mi-am făcut publice părerile în literatura medicală. Totuşi, un anumit nivel de uşurare este potrivit de vreme ce chiar şi cea mai dureroasă şi mai dăunătoare dintre aceste dureri de spate reflectă încă un proces benign – mai puţin dăunător decât ulcerele care pot să provoace sângerări şi perforări şi se pot agrava foarte mult. Toate aceste afecţiuni sunt membre ale aceleiaşi familii şi reprezintă variante ale unui proces similar subiacent, anume tensiunea ce produce manifestări somatice, ceea ce corespunde definiţiei unei tulburări psihosomatice. Atacurile de cord sunt manifestări ale unui tip de proces psihosomatic mult mai serios şi care nu poate fi echivalat cu ulcerul peptic.

Să revenim la întrebarea privind motivul schimbării. Acest lucru nu este comprehensibil până când nu realizăm că scopul unei manifestări

somatice a tensiunii este să ne păcălească. Creierele noastre au decis că *a te simţi tensionat,* răspunsul potrivit pentru *a fi tensionat,* este prea neplăcut de suportat şi nu este la fel de acceptabil din punct de vedere social cum este o afecţiune trupească. Şi astfel creierul face câteva modificări în reţea şi în loc să arate şi să se manifeste ca o izbucnire nervoasă, poftiţi – o durere de stomac sau de spate. Motivul pentru care ulcerul a trebuit să plece a fost acela că toată lumea a început să realizeze că era o păcăleală, că însemna, în realitate, tensiune şi că aceasta nu este acceptabilă din perspectivă socială.

Vechea durere de spate a fost întotdeauna ceea ce este acum, un echivalent pentru tensiune, însă nimeni nu i-a acordat prea multă atenţie până la apariţia medicinei moderne. Iată ceva potrivit, şi-a spus creierul. Toată lumea crede că durerile de spate au ultimul cuvânt într-o afecţiune „fizică" şi astfel vor putea fi un substitut perfect pentru tensiune. Ulcerul şi-a pierdut valoarea în favoarea durerii de spate, noul portdrapel, dar ascuns cu grijă al armatei tensiunii. Şi astfel se face că, practic, fiecare persoană cu care stai de vorbă are să-ţi spună o poveste legată de durerea de spate. Incidenţa tuturor tipurilor de sindroame dureroase ce implică spatele lui *Homo sapiens* occidental a crescut dramatic în ultimii douăzeci de ani, în timp ce discreditatul ulcer cade în obscuritate.

Nu este aceasta o poveste fascinantă?

Câteva zile mai târziu am primit următoarea notă, retipărită cu permisiunea amabilă a domnului Baker:

Stimate domnule Sarno:

Este o poveste fascinantă într-adevăr şi aruncă o nouă lumină asupra propriei mele „dureri de spate". Acest beteşug mă doboară după patru sau cinci ore petrecute la maşina de scris, răstimp în care interpretez, cum s-ar zice, pentru audienţă. Este adesea deosebit de rea când sunt conştient că scrisul merge prost.

Săptămâna trecută am avut ocazia să-l ajut pe fiul meu să se mute şi l-am avertizat că probabil voi fi nevoit să renunţ după câteva ore din cauza spatelui meu. Mutarea, de fapt, a fost mai degrabă plăcută, cel puţin în sensul că a fost o muncă fără grijă – aducere, purtare şi ridicare, acţiuni îndeplinite într-o atmosferă rustică plăcută, cu mintea total relaxată. După o zi de muncă de zece ore, mi-am adus aminte de spatele meu, pentru prima oară de dimineaţă şi doar ca să remarc faptul că acesta nu mă deranjase toată ziua.

Al dumneavoastră, Russell Baker

În 1981 credeam că manifestările fizice erau un substitut pentru anxietate. Mai târziu, o schimbare în concept m-a dus la o înţelegere mult mai bună a problemei şi, ca urmare, la o mai mare eficienţă în tratarea acesteia. Schimbarea subtilă, dar importantă a fost aceea că fenomenele emoţionale inconştiente *necesitau* nişte simptome fizice.

Şi, bine-nţeles, ulcerele nu au căzut în obscuritate; ele sunt acum atribuite prezenţei unei bacterii în stomac. După părerea mea, ele rămân induse de stres în continuare şi bacteria face doar parte din proces. Nu mai sunt atât de frecvente cum obişnuiau să fie şi nu mai apar atât de des ca afecţiunile dureroase.

În 1982 am condus primul sondaj de urmărire a evoluţiei pacienţilor mei. O sută şaptezeci şi şapte de pacienţi dintre cei care fuseseră trataţi între 1978 şi 1981 ale căror fişe fuseseră selectate la întâmplare au fost intervievaţi cu privire la nivelul lor de durere şi la capacitatea funcţională. Şaptezeci şi şase la sută duseseră o viaţă normală şi nu mai aveau dureri, în esenţă. Paisprezece pacienţi erau în situaţii oarecum îmbunătăţite, iar douăzeci şi opt (16 la sută) erau consideraţi eşecuri ale tratamentului.

Două lucruri importante despre acest grup de pacienţi ar trebui observate: înainte să-i consult eu, majoritatea aveau lungi istorice legate de durerea de spate şi urmaseră tratamente multiple, inclusiv chirurgicale unii dintre ei, dar continuaseră să aibă simptome severe; de asemenea, nu consultasem niciunul dintre ei înainte să facă o programare. Începând din 1987 am intervievat pacienţi care solicitau o programare pentru a stabili dacă sunt potriviţi pentru programul nostru. Cele mai multe persoane cu aceste sindroame dureroase resping ideea unui proces indus emoţional şi astfel nu ar putea beneficia în niciun fel de pe urma respectării programului nostru terapeutic, de vreme ce acceptarea diagnosticului este esenţială pentru un rezultat de succes. În prezent accept aproximativ 50 la sută dintre pacienţii care vor să se programeze. Atunci când sunt criticat pentru această selectivitate, le amintesc celor care mă critică faptul că, la fel ca un chirurg care nu va opera în condiţii de risc chirurgical mare, îmi exercit privilegiul de a lucra numai cu pacienţii care au o şansă rezonabilă de succes. Această selectivitate nu este numai în avantajul meu; ea scuteşte potenţialul pacient de cheltuieli care nu sunt necesare şi de agravarea situaţiei.

În ciuda acestei lipse de selectivitate anterioare anului 1987, un al doilea sondaj de urmărire efectuat în 1987 a revelat o creştere în eficienţă a acestui program începând cu 1982. De data acesta am complicat cercetarea şi am limitat populaţia investigată la persoane cu diagnosticul de hernie de disc însoţit de rezultatele tomografiei computerizate. Această anomalie este responsabilă pentru cele mai multe intervenţii chirurgicale în zona spatelui, totuşi experienţa

noastră ne arată că este foarte rar responsabilă pentru durere. O sută nouă dintre aceşti pacienţi selectaţi la întâmplare au fost intervievaţi. După un interval de 1-3 ani de la tratament, nouăzeci şi şase (88 la sută) nu mai aveau dureri şi duceau o viaţă normală, unsprezece oameni erau cumva mai bine şi numai doi rămăseseră neschimbaţi – o îmbunătăţire considerabilă faţă de sondajul din 1982.

Ce determinase această îmbunătăţire semnificativă a rezultatelor noastre? Devenisem mai eficient în a explica natura STM şi aveam, ca urmare, mai mult succes în stimularea încrederii în diagnostic; mai mult, în 1985 am încetat să mai prescriu terapie fizică. Deşi toţi terapeuţii erau conştienţi de natura procesului pe care îl tratau şi reafirmau cu încredere ideea conform căreia factori psihologici şi nu fizici erau responsabili pentru durere, a devenit evident faptul că unii pacienţi se concentrau pe tratamentele fizice, aprobau din vârful buzelor ideile pe care le împărtăşeam şi aveau mai degrabă un tratament placebo *(tratament placebo* – tratament bazat pe încredere oarbă şi de obicei cu efecte temporare). De fapt, solicitând tratament fizic de două sau trei ori pe săptămână, dirijam atenţia pacienţilor asupra corpurilor lor, în vreme ce succesul tratamentului depindea pe schimbarea atenţiei dinspre fizic spre emoţional. Beneficiul posibil al terapiei fizice era cu mult depăşit de potenţialul său negativ. Cred că decizia de a renunţa la cura somatică a jucat un rol important în statisticile îmbunătăţite.

Deşi un al treilea sondaj de urmărire nu a fost efectuat, cred că rezultatele noastre sunt acum chiar mai bune decât erau în 1987. Eu atribui asta procesului de selectivitate precum şi unui salt major în înţelegerea mea legată de psihologia STM.

În timp ce colaboram la o lucrare medicală cu un coleg psihanalist, Stanley Cohen, acesta a sugerat că simptomele fizice nu erau neapărat o expresie fizică a anxietăţii, ci un rezultat a ceea ce psihanaliştii numeau un mecanism de apărare, un termen pe care l-am găsit într-un fel înşelător în privinţa adevăratelor efecte. Scopul unui mecanism de apărare (în acest caz simptome fizice) este acela de a distrage atenţia oamenilor către corp, astfel încât ei să poată *evita* conştientizarea sau confruntarea cu anumite sentimente inconştiente (refulate). Această nouă înţelegere a rolului refulării a fost o piatră de hotar majoră în călătoria pentru care mă îmbarcasem cam cu cincisprezece ani în urmă. Nu numai că această idee se potrivea perfect cu diagnosticul, dar pentru prima oară aveam o explicaţie a faptului că oamenii evoluează spre mai bine când află despre aceasta şi acceptă ceea ce se petrece. Acum era clar de ce cineva din Peoria, Illinois, ar fi putut citi oricare dintre cele două cărţi ale mele despre STM şi s-ar fi putut însănătoşi complet fără să fi vorbit măcar cu mine sau fără să-l fi examinat. Misterul era rezolvat. Odată acceptată de către pacient,

explicaţia pentru ceea ce se petrecea distrugea strategia creierului. Deşi ştiusem dintotdeauna că STM era un proces indus de creier, nu am ştiut de ce creierul făcea asta. Acum era clar că simptomele erau destinate distragerii atenţiei persoanei de la emoţiile ascunse şi că denunţând operaţia ascunsă şi punându-i astfel capăt, durerea avea să dispară, aşa cum s-a şi întâmplat.

Deşi aceste idei referitoare la legătura minte-corp reprezintă punctul culminant al unei experienţe clinice care a durat douăzeci şi patru de ani, ele reprezintă, de fapt, punctul de plecare pentru conţinutul acestei cărţi. Deşi s-au dezvoltat din experienţa mea în diagnoza şi tratamentul durerii, cred că au relevanţă pentru multe probleme medicale. Într-adevăr, cred că toată lumea are simptome psihosomatice. Puţini oameni, dacă chiar există, trec prin viaţă fără să aibă una sau mai multe astfel de manifestări, pentru că ele reflectă punctul actual în care a ajuns evoluţia psihicului uman. Cel mai important, aceste manifestări demonstrează că nu există separare între minte şi corp; că cele două sunt împletite indisolubil. Nu se poate studia patologia bolii umane fără a lua în calcul rolul psihicului. Experienţa mea cu sindroamele dureroase comune a demonstrat cât de greşită a fost neglijarea componentei emoţionale a bolilor umane, în unele cazuri, emoţiile vor juca un rol participativ; în altele, ele sunt primare. A neglija această dimensiune a patologiei bolilor este o omisiune la fel de mare ca a ignora rolul microorganismelor în bolile umane.

Ce emoţii ar putea fi atât de teribile încât să determine creierul să supună pe cineva la o durere fizică severă şi să-i provoace simptome neurologice înfricoşătoare? Răspunsul la această întrebare se află nu numai la baza înţelegerii acestor sindroame dureroase, dar şi a întregii game de afecţiuni psihosomatice.

Conflictele bântuie neîncetat prin inconştient, născute din elemente variate care reprezintă mozaicul psihicului uman. Aceste conflicte rezultă în dezvoltarea emoţiilor care nu pot fi tolerate şi, astfel, trebuie refulate. Deoarece aceste sentimente nedorite par a se lupta pentru recunoaştere, mintea trebuie să facă ceva pentru a preveni urcarea lor în conştient. De aici, simptomul psihosomatic. Această carte explorează natura şi conţinutul acestor sentimente nedorite şi explică de ce mintea alege să mascheze tumultul emoţional prin durere fizică.

PARTEA ÎNTÂI

Psihologia şi fiziologia tulburărilor minte-corp

1

Psihologia tulburărilor minte-corp: povestea a două minţi

De vreme ce STM şi echivalenţii acestei tulburări sunt iniţiaţi de fenomene psihologice, o explicaţie a psihologiei afecţiunilor psihosomatice este locul logic de unde ar trebui să începem.
Aceste afecţiuni nu sunt nici boli, nici maladii, ci mai degrabă stări simptomatice induse de creier pentru a servi unui scop psihologic. Cred că veţi putea să vă recunoaşteţi în unele dintre scenariile următoare.

Eşti o femeie singură de douăzeci sau treizeci de ani. Ai putea să ai sau nu studii superioare, dar încerci să urmezi o carieră în domeniul ales. Istoricul familial ar putea fi bun, aşa-şi-aşa sau deosebit de prost, dar te poţi gândi la amintiri din copilărie care sunt neplăcute sau dureroase. Viaţa sentimentală, hetero sau homosexuală, nu este prea bună şi eşti preocupată de chestiunea căsătoriei sau a stabilirii unei relaţii de durată. Te întrebi dacă îţi doreşti sau nu o familie. Într-o varietate de moduri, un părinte sau părinţii (sau o soră/un frate) poate fi o grijă pentru tine.

Te afli sub presiunea acestor realităţi ale vieţii. Pentru a înrăutăţi lucrurile, eşti mânată de o nevoie puternică de a face ca totul să iasă perfect şi/sau de o constrângere puternică de a fi o persoană „bună", cineva pe care toată lumea o place, cineva pe care te poţi baza când dai de necaz.

Poate că eşti de aceeaşi vârstă cu această femeie, dar eşti căsătorită. Mariajul tău ar putea varia de la destul de bun la groaznic, dar în orice caz a fi căsătorită a adăugat un număr mare de presiuni pe care nu le-ai avut anterior. Îţi este dificil să găseşti timpul necesar pentru a avansa în domeniul tău. Chiar a te menţine în formă a devenit o provocare. Dacă mariajul este cu probleme, stresul este mai mare. Încerci să îl salvezi? Ai ales partenerul nepotrivit? Vei găsi vreodată perechea potrivită? Timpul trece şi ar putea să fie prea târziu pentru a avea copii.

Acum să complicăm şi mai mult lucrurile. Ai unul sau mai mulţi copii. Dacă eşti o femeie care lucrează, presiunile sunt teribile. Dacă eşti o mamă casnică, atunci copiii îţi schimbă viaţa în mod drastic, în special dacă eşti o mamă grijulie, conştiincioasă. Ar fi bine să nu mai lucrezi? Cum este mai bine pentru copii? Cum este mai bine pentru tine? În mod paradoxal, copiii stresează de obicei un mariaj. Acum există mult mai puţin timp pentru romantism, distracţie şi jocuri, pentru viaţa lipsită de griji a cuplului de tineri căsătoriţi. Pentru

părinţii copilului mic, un somn bun de o noapte poate fi ceva rar. În fiecare an, a fi părinte creează noi responsabilităţi, îi îngrădeşte şi mai mult libertatea. Este valabil pentru ambii părinţi, desigur, dacă nu cumva tatăl este un misogin de modă veche al cărui *credo* este acela că „mama este cea care are grijă de copii, iar eu aduc bani în casă".

Ai putea aparţine unei tradiţii culturale în care familiile mari sunt regula, iar a avea cinci, şase, şapte sau opt copii este ceva obişnuit. Ideea îţi surâde, nu te-ai simţit niciodată împovărată, dar din motive ciudate ai început să ai dureri de spate. (Din întâmplare, eşti o persoană meticuloasă şi care îşi face foarte multe griji.)

De ce se referă aceste scenarii numai la aspectele negative ale vieţii? Realitatea psihologică este aceea că în timp ce cu toţii tindem să scoatem în mod conştient tot ce este mai bun din ceea ce avem, presiunile vieţii produc reacţii interne în inconştient, despre care nu ştim absolut nimic. Rămânem inconştienţi în ce le priveşte chiar şi atunci când ele devin destul de perturbatoare pentru a provoca simptome fizice. Domeniul emoţiilor conţine două minţi: mintea conştientă, familiară şi mintea inconştientă, un ţinut al lui nimănui care are, de fapt, o influenţă mult mai profundă asupra vieţilor noastre, asupra a ceea ce facem sau nu, decât corespondentul său conştient. Deşi cei mai mulţi oameni cred că luarea deciziilor ţine de domeniul minţii conştiente, acesta este în realitate un proces determinat de tot ceea ce s-a învăţat şi simţit în trecut, inclusiv de informaţii care se află în inconştient.

Să dăm ceasul înainte cu câteva decenii: te îndrepţi acum spre cincizeci sau şaizeci de ani. Copiii au crescut şi au plecat; ai putea trece printr-o pierdere a scopului şi a importanţei. Dacă mariajul tău nu a fost bun, s-ar putea deteriora mai mult, făcându-te să te simţi ca prinsă într-o capcană, dorind să pleci, dar neîndrăznind dintr-o varietate de motive, adesea economice. Începi să te întrebi dacă ai trăit o viaţă plină. Şi, oricât de ciudat ar părea, puternicele sentimente negative legate de mama sau de tatăl tău nu au dispărut; în schimb, ele continuă să fie refulate şi ar putea naşte simptome.

Este posibil să nu fi avut niciodată un copil şi ai putea, la un nivel emoţional adânc, să te simţi neîmplinită, într-o asemenea măsură, încât să dezvolţi simptome.

Părinţii mai în vârstă ar putea să necesite mai multă atenţie, stârnind în mod inevitabil cantităţi uriaşe de furie interioară, de care nu vei fi deloc conştientă. În ciuda iubirii reale pentru mama sau tatăl tău, furia inconştientă va veni în mod spontan. Când ea atinge un nivel critic, simptomele vor apărea.

Pensionarea este în general „periculoasă pentru sănătatea ta", indiferent dacă eşti bărbat sau femeie. Pierderea statutului, schimbarea stilului de viaţă produc în mod aproape invariabil reacţii

interne perturbatoare care ar putea cauza simptome emoţionale sau fizice.

Unele dintre cele mai puternice sentimente răsar la soţia care nu merge la serviciu sau la cel pensionat. Acum trebuie să interacţionezi cu partenerul de viaţă de-a lungul tuturor orelor în care nu doarme; ai putea să te găseşti în situaţia de a găti trei mese pe zi. O femeie remarca faptul că este ca atunci când ai din nou un adolescent în casă.

Dacă soţul tău se îmbolnăveşte, multiplică furia interioară cu zece. Nu contează cât de mult îl iubeşti; inconştientul nu este logic şi în mod sigur nu este grijuliu. Dacă mariajul a fost cu probleme înainte ca el să se îmbolnăvească, ar putea fi mai rău după aceea, sporind furia ta interioară.

Eşti un tânăr necăsătorit, care a terminat şcoala şi căruia îi este foarte dificil să-şi găsească o slujbă potrivită. Sau ai o slujbă bună, care este însă o adevărată oală sub presiune. Lucrezi peste program, faci treabă bună, dar nu se întrevede nicio promovare. Poate că nu faci destul ca să trăieşti pe cont propriu, deci trebuie să stai cu părinţii şi asta este o adevărată durere din cauza relaţiilor problematice cu tatăl tău (sau mama, sora sau fratele).

Femeile pot fi o problemă sau, cel puţin, să găseşti pe cineva cu care să te simţi în largul tău. Din când în când, te întâlneşti cu femei care nu sunt deloc potrivite pentru tine, totuşi nevoia puternică de a fi plăcut şi acceptat te împinge să te mulţumeşti şi cu mai puţin. Pentru că te simţi necorespunzător, accepţi joburi de nivel scăzut, sub posibilităţile tale. Undeva foarte profund în tine simţi că nu valorezi prea mult. Acest lucru îţi provoacă furia.

Sau eşti homosexual. Partenerul tău este HIV pozitiv. Sau nu ai un iubit şi îţi doreşti să poţi să găseşti imul. Îţi ascunzi orientarea sexuală; nici şeful tău, nici părinţii nu ştiu; poate că nici tu însuţi nu eşti sigur.

Sau ai cam treizeci şi cinci de ani, căsătorit, cu doi copii mici, ai o afacere mică sau lucrezi pentru o corporaţie. Îţi merge foarte bine, dar ai fost întotdeauna o persoană plină de griji, chiar şi când erai copil. Eşti extrem de sensibil, uşor de rănit, te aştepţi să fii lovit sau rănit; ai întotdeauna o părere proastă despre tine; simţi că trebuie ca toată lumea să te placă şi faci eforturi considerabile atunci când cineva cere ajutor, apoi te întrebi dacă ai făcut destul, dacă ai fost destul de „bun”. Te simţi întotdeauna ca şi cum ar trebui să-ţi demonstrezi ceva ţie însuţi. Ştii că eşti anxios; ai avut atacuri de panică. În mod straniu, foarte puţini oameni ştiu asta despre tine pentru că arăţi şi acţionezi foarte puternic. Eşti chiar impunător din punct de vedere fizic.

Ai fost întotdeauna foarte activ în plan fizic: tenis, alergare, baschet, volei, schi. Eşti căsătorit de câţiva ani, nu ai copii, lucrezi pentru o firmă de publicitate sau avocatură. Şeful tău este un tip milităros şi te ţine în tensiune constantă. Soţia ta doreşte să înceapă să faceţi un

copil, dar tu nu eşti sigur că este momentul potrivit. Cu un an în urmă ai dezvoltat o mică durere de spate; un test RMN a identificat o hernie de disc. Acum îţi este teamă să mai practici vreunul dintre sporturile care îţi plăceau şi devii foarte depresiv.

Poate că te apropii de cincizeci de ani. Ai avut foarte mult succes, eşti asigurat din punct de vedere financiar, dar te găseşti constant angajat în proiecte noi, provocări noi. Pari a fi incapabil să te relaxezi şi să te bucuri de realizările tale. Începi să ai simptome fizice.

Ai fost jucător de golf toată viaţa şi iubeşti acest joc. Soţia ta a decis că ar fi frumos dacă aţi putea să practicaţi un sport împreună. Pentru că pe ea nu o interesează golful, a propus să jucaţi tenis. Ai încercat să înveţi jocul pentru a-i face plăcere, dar nu eşti prea bun şi nici nu-ţi place de fapt. După mulţi ani, spatele a început din nou să te doară.

Sau ai lucrat la aceeaşi fabrică douăzeci de ani. Eşti bun în meseria ta, dar ai un superior nou care te supără şi nu îţi permite să iei decizii. În plus, îţi cere în mod constant să faci lucruri care ar trebui trasate celor mai tineri, care au mai puţină experienţă. Nu te simţi prea bine fizic în ultimele zile.

Ca o coincidenţă, tânărul acela din departamentul tău care lucrează aici de vreun an pare să aibă mari necazuri cu gâtul şi braţele; a lipsit destul de mult în ultimele luni din cauză că a fost bolnav. Vorbind cu el, îţi formezi impresia că urăşte această slujbă, dar rămâne pentru că este bine plătită. Este căsătorit şi are trei copii.

Ai şaptezeci de ani. Cu un an în urmă, familia ta a vândut, împotriva voinţei tale, afacerea căreia i-ai dedicat viaţa. Ei erau creierele financiare, dar tu erai geniul tehnic care a creat afacerea. Ai o durere teribilă de şold de şase luni, căreia doctorii nu par să-i găsească o cauză. În ultimul timp s-a înrăutăţit în aşa fel încât, dacă mergi pe jos câteva străzi, trebuie să te opreşti din cauza durerii prea puternice.

Aceste scurte schiţe de personaje nu epuizează viaţa fiecărui cititor. Ele au rolul de a sublinia unul dintre primele mesaje ale acestei cărţi: suntem cu toţii sub un fel sau altul de presiune. Avem cu toţii reacţii interne la aceste presiuni şi cu toţii vom avea simptome fizice ca răspuns la aceste sentimente interioare. Indiferent în ce fel reacţionăm conştient la presiunile vieţii, o altă lume a reacţiilor există în inconştient. Pentru că nu suntem conştienţi de acele emoţii inconştiente şi nu putem, ca urmare, să le controlăm, şi pentru că sunt atât de ameninţătoare şi înfricoşătoare, creierul va induce în mod automat simptome fizice pentru a preveni manifestarea lor deschisă şi conştientizarea sentimentelor periculoase. În acest fel apar simptomele minte-corp – şi sunt omniprezente în societatea vestică. Ele nu reprezintă un semn al bolii mentale sau emoţionale. A le privi ca anomalii sau aberaţii conduce la greşeli grosolane de management

medical.

Arhitectura minţii emoţionale (a psihicului emoţional)

Sigmund Freud a dezvoltat conceptele de inconştient şi refulare a emoţiilor în inconştient. Eu cred că tulburările somatice psihogene (adică tulburările induse de emoţii) se dezvoltă din cauza refulării sentimentelor înfricoşătoare sau nedorite. Astfel, teoriile mele îşi au rădăcinile în conceptele psihanalitice fundamentale. Nu am o formare psihanalitică şi nu am avut idei preconcepute privind natura psihologică a acestor tulburări atunci când am început să studiez problema. Totuşi, devenise foarte curând vizibil faptul că aceste complexe de simptome aflate în studiu erau rezultatul unui proces care debuta în ceea ce psihologii numesc inconştient, acea parte a domeniului emoţional despre care nu ştim absolut nimic, şi că simptomele fizice erau o reacţie la sentimente inconştiente. Astfel, cu tot ce ne oferă domeniile psihologiei şi psihiatriei, fără Freud poate că încă am căuta o explicaţie. Dacă nu ar fi introdus el ideea de refulare în inconştient, ar trebui să atribuim simptomele „nervilor" şi nu am avea nicio idee despre cum să procedăm din punct de vedere terapeutic.

Freud a conceput trei componente ale gândirii emoţionale pe care traducătorii săi le-au numit Supraeu, Eu şi Se. Psihanaliştii de orientare tranzacţională se referă la aceste componente numindu-le *Părinte, Adult* şi *Copil.* Pentru scopul explicării teoriilor mele prefer ultima clasificare.

Părintele este acea parte a minţii care ne spune ce este şi ce nu este corect, cum trebuie să ne comportăm şi să acţionăm din punct de vedere moral şi etic. Acest Părinte se află atât în gândirea conştientă, cât şi în cea inconştientă şi joacă un rol crucial în tulburările fizice psihogene. Este sinonim cu conştiinţa morală; Părintele ne face perfecţionişti şi ceea ce am numit eu „obsedaţi de bine" *(„goodists").* Un „cel mai bun" simte nevoia să mulţumească, să fie o persoană bună, să fie amabil. Un „cel mai bun" evită confruntarea, este cel care aduce pacea, tot timpul în alertă pentru a ajuta pe cineva, chiar dacă asta ar însemna sacrificiu de sine. „Cel mai bun" are o mare nevoie să se facă plăcut, nevoie care face cuplu cu frica de a fi displăcut.

Perfecţionistul este un tip foarte muncitor, conştiincios, responsabil, orientat spre realizări şi succes, un tip care-şi face griji. Ultraperfecţionistul nu este mulţumit dacă are succes în domeniul lui şi caută în mod obsesiv noi provocări.

Adultul funcţionează, de asemenea, atât în conştient, cât şi în inconştient. Este mediatorul, executorul, căpitanul vasului. Rolul său

este acela de a-ţi asigura funcţionarea optimă şi de a te proteja de pericolele externe, precum şi de cele interne. Adultul inconştient poate reacţiona automat la anumite situaţii; astfel, deciziile sale nu sunt întotdeauna logice sau raţionale, în acord cu raţionamentul conştient. Această tendinţă spre naţionalitate în funcţia mentală inconştientă este crucială pentru înţelegerea tulburărilor minte-corp. Domeniul emoţiilor este compus din două minţi; adesea ne confruntăm cu dominaţia inconştientului asupra conştientului. STM şi echivalenţii săi sunt exemple ale acestei dominări.

În cele din urmă, există *Copilul,* partea minţii pe care nu o recunoaştem, dar care joacă un rol critic în vieţile noastre de fiecare zi. Este cu totul inconştient, desigur, altfel am fi jenaţi în mod constant. Asemenea unui copil real, el este orientat spre plăcere, preocupat doar de sine, dependent, iresponsabil, fermecător, adesea ilogic şi iraţional, însă contrar unui copil real, permanent furios. Este, de asemenea, puternic, deşi se vede pe sine ca fiind slab şi inferior – „la urma urmei, sunt doar un copil". Se află într-un conflict permanent cu Părintele – o luptă de importanţă majoră pentru procesul psihosomatic.

Conceptele avansate de Heinz Kohut, un psihanalist proeminent al secolului al douăzecilea, sunt esenţiale pentru înţelegerea şirului de evenimente care duce la simptomele fizice. În loc să vorbească despre Copil, Kohut a postulat existenţa unui Sine în fiecare dintre noi care se dezvoltă mai slab sau mai bine în primele luni de viaţă. El credea că preocuparea exclusivă pentru sine, cunoscută tehnic ca *narcisism,* este normală şi sănătoasă dacă se dezvoltă adecvat, de vreme ce narcisismul caracterizează un Sine mai mult sau mai puţin unitar. El a teoretizat o linie de dezvoltare a narcisismului, de la etapa primitivă la cea de maturizare completă. Potrivit lui Kohut, narcisismul nu este niciodată abandonat, este potenţial sănătos şi într-un mediu bun se dezvoltă în forme mature de stimă de sine.

Totuşi, referirea lui Kohut la ceea ce el a numit furie narcisică este cea care m-a interesat în mod special. El a postulat că oamenii cu tulburări de personalitate ies din copilărie cu o furie acumulată, permanentă, pe care el a numit-o furie narcisică. A sugerat că trauma emoţională trăită de-a lungul anilor de dezvoltare din pruncie şi copilărie este responsabilă pentru această furie. M-am întrebat dacă ar putea să existe ceva din această furie în noi toţi, dar, în special, dacă există vreun fel de presiune asupra acestui Sine narcisic inerent ce se află în fiecare dintre noi şi care produce furia-mânia care pare să fie responsabilă pentru tulburările minte-corp. Această idee este dezvoltată mai pe larg în secţiunea care urmează.

Având aceste informaţii de fond, putem examina acum cu precizie ce se întâmplă în inconştient şi ce conduce la simptomele fizice.

Presiune şi furie în inconştient

Cred că furia din inconştient are trei surse potenţiale:

1. Aceea care ar fi putut fi generată în pruncie şi copilărie şi niciodată disipată.
2. Aceea care rezultă din presiunea autoimpusă, cum se întâmplă la persoanele impulsive, perfecţioniste sau „obsedate de bine".
3. Aceea care este o reacţie la presiunile reale ale vieţii de fiecare zi.

Găsesc că analogia cu un cont bancar este de ajutor pentru a descrie asta pacienţilor. Depozitele de furie se clădesc nu numai în perioada copilăriei, ci pe tot parcursul vieţii unei persoane. Pentru că nu există retrageri din acest cont, furia se acumulează. Astfel mânia devine furie; când ea atinge un nivel critic şi ameninţă să erupă în conştient, creierul creează o durere sau un alt simptom fizic ca factor de distragere a atenţiei, pentru a preveni o explozie emoţională violentă.

Următoarea poveste este o demonstraţie dramatică şi grăitoare a acestui proces. Numai o mică parte dintre pacienţii cu STM au istorii atât de severe şi supărătoare cum este aceasta. Totuşi, utilizez experienţa acestei paciente pentru că face ca relaţia între durere şi sentimente refulate să fie limpede precum cristalul.

O scrisoare de la Helen

O tratasem cu succes pe Helen pentru dureri lombare cu mai multe luni înainte de evenimentul descris în scrisoarea ei. Când Helen avea patruzeci şi şapte de ani, şi-a amintit că fusese abuzată sexual de tatăl său în perioada copilăriei şi adolescenţei. A decis să se alăture unui grup de sprijin pentru femei adulte supravieţuitoare ale incestului. În ziua primei întâlniri începu să o doară spatele, însă cum trecuse prin programul meu, ea s-a liniştit pe sine cu gândul că ştia motivul psihologic al durerii şi nu îşi făcu griji. Propriile ei cuvinte descriu cel mai bine ce s-a întâmplat mai departe:

„M-am dus la întâlnire, le-am întâlnit pe celelalte şase femei, încercând să păstrez într-un fel controlul şi să nu dau frâu complet emoţiilor şi nefericirii în faţa unor oameni pe care abia îi cunoscusem. Voiam să văd dacă acest tip de grup era într-adevăr potrivit pentru mine. În ciuda faptului că încercam să păstrez ceva distanţă, m-am trezit foarte copleşită de cantitatea de durere şi ravagii create, de abuz în vieţile acestor femei, la fel ca în viaţa mea."

Pe parcursul următoarelor patruzeci şi opt de ore, durerea ei a crescut treptat până în punctul în care nu s-a mai putut da jos din pat: era paralizată de durere. I-a spus soţului, care o susţinea, că nu înţelege de ce suferă această durere când a înţeles scopul psihogen al acesteia. Răvăşită, se întreba de ce conceptul terapeutic nu funcţiona.

El i-a răspuns: „Este vorba de patruzeci de ani de furie reprimată". Iată ce a scris ea că s-a întâmplat după aceea:

„Şi apoi, într-o clipă, am început să plâng. Nu lacrimi mici, de tristeţe, lacrimi liniştite de genul vai-ce-tare-mă-doare-spatele, ci cele mai adânci, cele mai puternice lacrimi pe care le-am vărsat vreodată. Lacrimi care îşi pierduseră controlul, lacrimi de mânie, furie, disperare. Şi m-am auzit spunând lucruri ca: te rog, ai grijă de mine, nu mai vreau vreodată să trebuiască să ies de sub pătură, mi-e atât de frică, te rog ai grijă de mine, nu-mi face rău, vreau să-mi tai venele, te rog lasă-mă să mor, trebuie să fug, mi-e rău – şi-am continuat tot aşa. Şi în timp ce plângeam şi pe măsură ce exteriorizam prin voce aceste sentimente, era literalmente ca şi cum un canal sau o conductă venea din spatele meu şi ieşea prin ochii mei. Am SIMŢIT durerea aproape curgând din mine în timp ce plângeam. A fost ciudat, neobişnuit şi paralizant. Am ştiut – am ştiut cu adevărat – că ceea ce simţeam în acel moment era ceea ce simţisem copil fiind, când nimeni nu putea sau nu voia să aibă grijă de mine: frică, durere, singurătate, ruşine, oroare. În timp ce plângeam, eram din nou acel copil şi recunoşteam sentimentele pe care le simţisem toată viaţa mea şi despre care credeam că sunt nebuneşti sau, în cel mai bun caz, bizare. Poate că m-am îndepărtat pe mine din corpul meu şi nu mi-am mai permis niciodată să simt atunci când eram tânără.

Dar emoţiile erau acolo, ele curgeau peste mine şi afară din mine."

Îi sunt recunoscător lui Helen (al cărei nume a fost schimbat) pentru că mi-a permis să tipăresc părţi din scrisoarea ei; acestea ilustrează perfect procesul aflat în spatele STM şi al reacţiilor fizice echivalente. Povestea ei demonstrează aceste puncte critice:

1. Sentimentele generate în pruncie şi copilărie rămân permanent în inconştient şi pot fi responsabile pentru simptomele psihologice şi fizice de-a lungul vieţii.
2. Emoţiile puternice, dureroase, jenante şi ameninţătoare, cum ar fi mânia, durerea şi ruşinea, sunt refulate în inconştient.
3. Emoţiile refulate se luptă constant să vină în conştient – adică, să scape din inconştient şi să devină făţişe şi manifeste în mod conştient.
4. Scopul simptomelor, fizice sau emoţionale, este acela de a preveni ca sentimentele refulate să fie conştientizate, lucru realizat prin distragerea atenţiei dinspre zona emoţiilor înspre cea

a fizicului. Este o strategie de evitare.

Povestea lui Helen ilustrează toate cele patru puncte, în mai puţin de două zile durerea ei a crescut ca severitate în ciuda înţelegerii sursei. Datorită acestei înţelegeri a STM, ea era conştientă că realizând ceea ce a fost refulat, ea va îndepărta în mod obişnuit durerea. În acest caz, nu s-a întâmplat aşa, pentru că sentimentele puternice, dureroase, ameninţătoare s-au apropiat tot mai mult de izbucnirea în conştient. Făcând asta, durerea a crescut într-o încercare disperată de a preveni manifestarea lor. Sentimentele nu au mai fost o expresie negată *şi când au explodat în conştient, durerea a dispărut.* Ea nu a mai avut un scop; misiunea ei a eşuat.

În principiu, strategia creierului nu eşuează în fiecare caz; ea reuşeşte să păstreze sentimentele refulate, iar durerea persistă. Totuşi, psihoterapeuţii care lucrează cu mine relatează că reacţii ca aceea a lui Helen, deşi nu atât de dramatice, apar în mod ocazional pe parcursul unei terapii eficiente. Cât despre Helen, durerea a dispărut imediat ca urmare a experienţei emoţionale.

S-ar economisi foarte mult timp şi necaz dacă toţi pacienţii mei ar avea o astfel de izbucnire emoţională. Pentru că nu au şi eu nu ştiu cum să o induc, trebuie să urmăm o procedură mai laborioasă pentru a alunga durerea. Pacientul obişnuit care suferă de STM nu adăposteşte acelaşi grad de furie şi, astfel, nu explodează cum a făcut-o Helen.

Furia inconştientă şi sentimentele insuportabile: vinovaţii ascunşi

În realitate, avem trei minţi: conştientul, inconştientul şi subconştientul. Această carte se ocupă în primul rând de primele două. A treia, subconştientul, este domeniul percepţiilor, cogniţiei, al producerii limbajului şi al comprehensiunii, raţiunii şi deciziilor, al abilităţilor fizice şi instrumentale şi izvorul creativităţii. Este o zonă fascinantă, dar este relevantă aici numai în măsura în care învăţarea are loc în subconştient, iar învăţarea este fundamentul procesului terapeutic.

Înţelegerea procesului minte-corp necesită ceva cunoştinţe legate de gândirea inconştientă. Am pregătit terenul până la un punct prin descrierea Părintelui, Adultului şi Copilului care se găsesc în inconştient. Următorul tabel ar putea fi de folos:

Gândirea conştientă

Externă
Logică
Rezonabilă
Controlată
Matură
Preocupată de ceilalţi
Luptă pentru perfecţiune
Luptă să fie bună
Vinovată
Curajoasă
Independentă încrezătoare în sine
Civilizată
Morală

Gândirea inconştientă

Internă
Iraţională
Emoţională
Sălbatică
Copilăroasă
Implicată de sine, narcisică
Simte că e constrânsă – furie
Simte că e constrânsă – furie
Fără griji înfricoşată
Dependentă
Stima de sine scăzută

Barbară
Amorală

Inconştientul nu este negativ în întregime, cum ar putea sugera tabelul. Atragem pur şi simplu atenţia asupra acelor calităţi ale inconştientului care conduc la simptome fizice. Gândirea conştientă face faţă foarte bine presiunilor impuse de personalitate şi presiunilor vieţii cotidiene. Reacţiile interne la aceste presiuni sunt cele care conduc la o furie acumulată, iar ameninţarea că furia va erupe în conştient conduce la o boală fizică ce are ca rol distragerea atenţiei. Furia din inconştient este percepută ca periculoasă şi ameninţătoare de către inconştient, de aici reacţia dramatică exagerată sub forma durerii şi a altor simptome fizice.

Pentru a evita orice confuzie, este esenţial să clarificăm diferenţa importantă dintre mânia sau furia pe care o simţim în mod conştient şi emoţia reprimată la care ne referim aici. Cercetările medicale

contemporane legate de relaţia dintre emoţii şi durere, în special durerea cronică, se concentrează exclusiv pe ceea ce putem numi *emoţii percepute.* Acestea includ sentimente cum ar fi furia, anxietatea, frica şi depresia. Persoana care suferă din cauza acestor sentimente este conştientă de ele; ele nu sunt refulate în inconştient.

Din experienţa mea, acestea se pot agrava, dar ele nu cauzează durere. STM ne învaţă că numai emoţiile pe care mintea le percepe ca periculoase, şi deci le reprimă, induc reacţii fizice.

Reprimarea furiei conştiente

O carte foarte importantă, *The Rage Within (Furia din interior),* a fost publicată în 1984 de către remarcabilul psihanalist şi autor Willard Gaylin. Lucrarea este o relatare ştiinţifică şi profundă a cauzelor şi efectelor universale ale furiei şi mâniei în era modernă. Doctorul Gaylin clarifică faptul că reprimarea furiei este un fapt al vieţii de fiecare zi şi, astfel, o problemă psihosocială de mare amploare.

Furia înăbuşită sau reprimată în mod conştient contribuie la umplerea rezervorului de furie din inconştient. Lucrarea mea se ocupă de afecţiunile dureroase care sunt *rezultatul direct* al mâniei-furiei refulate (inconştient) şi reprimate (conştient). Deşi furia care este cunoscută unei persoane joacă un rol în geneza STM atunci când este reprimată, ea nu este nici de departe la fel de importantă ca furia generată în inconştient ca rezultat al:

1. conflictului intern;
2. stresurilor şi constrângerilor vieţii zilnice;
3. rămăşiţelor de furie din pruncie şi copilărie.

Mai mult, persoanele tratate pentru STM se fac bine în mod constant; nu se poate spune acelaşi lucru despre cei trataţi pentru durere cronică în comunitatea medicală în general.

Furie – nu mânie

Intensitatea mâniei, dusă până în punctul în care devine furie, determină apariţia simptomelor fizice ca diversiune. Ameninţarea ca furia să explodeze în conştient trebuie să aibă magnitudinea suficientă pentru a garanta producerea STM sau a unuia dintre echivalenţii săi.

De unde ştiţi că furia este vinovatul?

De-a lungul experienţei mele legate de afecţiunile minte-corp, pacienţii au fost sursa mea de informaţie. Am învăţat observând. Mai departe, psihologii noştri au găsit în mod repetat dovezi ale tristeţii şi furiei reprimate şi ale fricii inconştiente de aceste sentimente. Helen este un prim exemplu.

Există şi alte cazuri în care funcţionează mecanisme psihice similare: bărbatul a cărui familie a vândut, în ciuda împotrivirii sale, o afacere care era mândria şi bucuria lui; bărbatul care s-a simţit obligat să participe la o activitate dezagreabilă pentru a-i face plăcere soţiei sale; zecile de bărbaţi şi femei care îşi îngrijesc părinţii vârstnici, fără a obiecta conştient, dar clocotind interior; tinerii bărbaţi sau tinerele femei care, la fel ca Helen, au fost abuzaţi sexual când erau copii; femeia cu şase copii căreia îi place să fie mamă, dar nu este conştientă de furia interioară pentru tot ce atrage după sine această calitate; mama care are invariabil un atac de panică după vacanţe din cauza cantităţii enorme de muncă pe care a trebuit să o facă pentru familie şi de la care toţi aşteptau atât de mult; bărbatul de cincizeci şi cinci de ani care este mânios pe mama sa ori pe tatăl său încă din copilărie.

Într-o măsură sau alta, cred că noi toţi adăpostim o furie refulată şi a face asta este normal pentru timpurile şi cultura noastră. Ne aflăm cu toţii sub un tip sau altul de presiune. Deşi este bine să fii conştient de această furie inconştientă, este la fel de important să ne concentrăm atenţia asupra surselor furiei. Înainte să facem asta, un cuvânt despre evitare.

Evitarea: simptomul ca factor de distragere a atenţiei

După cum am notat în introducere, Stanley Coen, psihanalist şi cercetător la Universitatea de Medicină Columbia (New York), sugera că scopul durerii este acela de a distrage atenţia de la emoţii înfricoşătoare, ameninţătoare, şi de a preveni exprimarea acestora. Ideea sa fost crucială pentru înţelegerea felului în care emoţiile relaţionează cu simptomele fizice şi, după cum vom vedea în capitolul despre tratament, pentru a înţelege de ce cunoaşterea poate înlătura simptomele.

Simptomele nu sunt substitute fizice pentru emoţii nocive, cum ar fi anxietatea. Ele nu înseamnă nici auto-pedepsirea pentru gânduri negre sau vină. Ele sunt jucători într-o strategie proiectată să ne menţină atenţia concentrată asupra corpului, astfel încât să prevenim evadarea sentimentelor periculoase în conştient sau să evităm confruntarea cu

emoţiile insuportabile.

Experienţa lui Helen reprezintă o combinaţie a ambelor scopuri. Ea era furioasă şi ruşinată din cauza degradării produse de abuzul sexual. A nutrit sentimente de oroare, singurătate, durere şi frică, dintre care niciunuia nu i-a fost permis să pătrundă în conştient. Totuşi, stimulate de grupul de sprijin, aceste sentimente au început să-şi facă loc ineluctabil în conştiinţă; pe măsură ce făceau asta, durerea menită să distragă atenţia a crescut în intensitate într-o încercare disperată de a preveni erupţia.

Pentru că inconştientul este adesea ilogic şi iraţional, el poate reacţiona în mod automat în faţa emoţiilor perturbatoare. Cei mai mulţi oameni, dacă li s-ar oferi posibilitatea de a alege între a cădea la o înţelegere cu sentimentele dificile sau a trăi intens durerea fizică, ar alege să facă faţă sentimentelor. Este logic. Dar felul în care este organizat de fapt sistemul emoţional uman dictează felul în care va reacţiona; la nivel inconştient este adesea ilogic. În cazul în care creierul continuă să evolueze, inconştientul ar putea fi într-o zi mai raţional. Momentan el este puternic influenţat de reacţii ilogice copilăreşti.

Pentru a înţelege fenomenul de evitare în STM trebuie să nu uităm cât de radical diferă mintea inconştientă de perechea ei conştientă. Inconştientul este terifiat de furie şi reacţionează pentru a o evita, menţinând-o refulată şi folosind simptome fizice pentru a ajuta această refulare. Unul dintre biografii lui Freud, Peter Gay, a asemănat inconştientul cu o închisoare de maximă securitate unde toţi criminalii disperaţi, indezirabilii şi neacceptaţii sunt încarceraţi în condiţii de maximă securitate. Cu alte cuvinte, sunt respinşi, „refulaţi" de societate.

Dacă aceste sentimente sunt deja refulate, ai putea întreba de ce este nevoie de distragerea atenţiei. Analogia cu închisoarea este extrem potrivită; sentimentele refulate, în disperare, vor încerca să scape. În ciuda forţei de represiune, emoţii puternice cum ar fi furia *se vor lupta să se ridice în conştient.* Eu numesc asta „cursa spre conştiinţă." Filosoful şi psihanalistul de la Yale, Jonathan Lear, o numeşte „dor de exprimare" şi dorinţă de „unificare conştientă a gândului cu emoţia".

În *Dincolo de principiul plăcerii,* Freud scria: „… în pofida presiunii care se exercită asupra sa, el [inconştientul] nu caută decât să pătrundă în conştiinţă sau să se descarce printr-o faptă reală".{3}

Experienţa terapeutică oferă mai departe o confirmare ideilor noastre. Când pacienţii devin conştienţi de prezenţa furiei sau a sentimentelor insuportabile, acestea vor înceta lupta lor pentru a deveni conştiente. Înlăturarea acelei ameninţări elimină nevoia distragerii fizice şi durerea încetează. Furia pare a fi jucătorul

principal în sindromul STM. Totuşi, toate sentimentele extrem de neplăcute sau de insuportabile vor fi refulate şi, de vreme ce toate încearcă să vină în conştiinţă, pot declanşa simptome fizice. Asta include conflicte interne de orice fel, dintre care multe necesită expertiza unui psihoterapeut pentru a fi rezolvate. Nevoile puternice de dependenţă, conflictele legate de sexualitate, problemele de identitate, sentimentele de neajutorare, umilinţă şi ruşine nu intră de obicei în atenţia mea în timpul interacţiunilor cu un pacient. Dacă aceste conflicte se află la baza simptomelor continue, psihoterapia este de obicei necesară pentru a inversa procesul.

Principiul conform căruia simptomele fizice servesc la distragerea atenţiei de la fenomenele inconştiente a fost şi este foarte important în vederea înţelegerii naturii procesului minte-corp şi, astfel, pentru dezvoltarea unui program terapeutic. Această idee de bază a fost validată de mulţi ani de tratament soldat cu succes.

Sursele furiei

Acesta ar putea fi cel mai important subiect în întregul proces minte-corp. Deşi conştientizarea existenţei furiei în inconştient este esenţială, a te centra numai asupra acesteia nu este suficient. Trebuie să căutăm să cunoaştem motivele furiei pentru a înţelege pe deplin procesul.

Trauma în copilărie, în primii doi ani şi după aceea

Experienţele acumulate în copilăria fragedă şi mai târziu aduc cele mai timpurii contribuţii la fondul furiei. Povestea lui Helen oferă un exemplu dureros de grăitor a ceea ce este fără îndoială cel mai serios tip de traumă emoţională din copilărie: abuzul sexual. Abuzul fizic şi emoţional poate fi aproape la fel de nociv pentru dezvoltarea psihologică a copilului.

Abuzul emoţional poate apărea sub înfăţişarea „educaţiei”. Reguli stricte de comportament, cum ar fi „Copiii n-au voie să spună nici pâs” sau „Băieţeii şi fetiţele drăguţe nu fac istericale” şi idei rigide în ce priveşte binele şi răul (educaţia religioasă poate impune asta) sunt exemple familiare. Mai mult, copiii părinţilor cu probleme psihologice semnificative, cum ar fi alcoolismul, dependenţa de droguri, depresia, anxietatea sau psihoza, au de suferit adesea traume de durată.

Dacă o mamă este necorespunzătoare din punct de vedere psihologic, va fi tulburat procesul delicat al legăturii mamă-copil şi al stabilirii independenţei emoţionale din primele luni de viaţă. Dacă

mama a fost foarte dependentă de propria mamă, ar putea manifesta nevoia de a lega copilul de ea pentru că asta îi întăreşte sentimentul de securitate. Ea ar putea folosi iubirea copilului pentru a substitui absenţa iubirii din partea soţului sau a părinţilor ei. În mod similar, tatăl joacă un rol important în dezvoltarea din copilărie. El trebuie să fie un model pentru băiat şi precursorul iubitului pentru fată. Dacă acesta decide că educarea copiilor este strict treaba femeii, copiii săi vor avea probleme. Oricare dintre părinţi poate avea aşteptări foarte mari de la copiii săi – cum ar fi cele din domeniul şcolar, sportiv sau artistic – ceea ce creează presiuni foarte mari care ar putea deveni insuportabile.

Resentimente inconştiente ar putea apărea în contexte perfect normale. Nu este nevoie ca părinţii să fie „răi", „cruzi" sau „necorespunzători".

Sentimentele de inferioritate puternic refulate favorizează dezvoltarea unor trăsături de personalitate care sunt aproape universale la persoanele care suferă de STM. Acestea au tendinţa de a fi perfecţioniste, compulsive, deosebit de conştiincioase şi ambiţioase; sunt impulsive, autocritice şi au succes în general. În paralel cu aceste trăsături şi uneori mult mai predominantă este nevoia de a plăcea, de a fi o persoană bună, de a ajuta şi de a evita confruntarea. Pe scurt, oamenii care suferă de STM prezintă nevoia puternică de a căuta aprobare, fie ea prin iubire, admiraţie sau respect.

Ce este rău în a fi perfect şi bun? Absolut nimic din punctul de vedere al societăţii şi carierei, dar consecinţele inconştiente negative pot fi extrem de importante.

Trăsături de personalitate

Stima de sine scăzută

Stima de sine scăzută este omniprezentă în societatea noastră în aşa măsură încât tindem să invocăm atât factori genetici, cât şi de dezvoltare.

Sentimentele de inadecvare şi îndoială de sine adânc refulate par a fi destinul nostru comun. Este posibil ca societăţile vechi să fi făcut o treabă mai bună în creşterea descendenţilor lor prin a le acorda mai mult sprijin, printr-un control mai puţin strict şi printr-un set mai simplu de reguli după care să trăiască, oferindu-le modele de viaţă şi ritualuri de trecere mai bune.

Nu se poate dovedi că nutrim cu toţii sentimente interioare de inferioritate, însă teoreticienii psihanalişti moderni, cum este Kohut, au sugerat că dezvoltarea deficitară a Sinelui interior devreme în viaţă ne lasă să trăim cu sentimente infantile inconştiente într-o lume adultă.

Perfecţionismul

Impulsul de a fi perfect trebuie să provină cu siguranţă dintr-o nevoie adâncă de a ne demonstra nouă înşine şi lumii întregi că valorăm într-adevăr ceva. Realmente fiecare pacient ce acuza sindroame de durere şi pe care l-am consultat în decursul experienţei mele era perfecţionist într-o măsură mai mică sau mai mare. Pacienţii care neagă asta continuă apoi să descrie cum fac mare caz când vine vorba de ordine, curăţenie şi alte aspecte ale vieţii lor. Dacă nu recunosc că sunt perfecţionişti, ei admit faptul că sunt foarte responsabili, conştiincioşi, preocupaţi şi au tendinţa de a se îngrijora. Sunt de obicei ambiţioşi, foarte muncitori şi autocritici; ei îşi stabilesc standarde înalte de performanţă şi comportament. Un simţ interior al inferiorităţii alimentează perfecţionismul. Rangul sau realizările unei persoane în viaţă sunt adesea înşelătoare. Sentimentele de inferioritate sunt profund inconştiente şi, în mod paradoxal, ne fac adesea să ne bucurăm de succes.

De ce ne conduce impulsul de a fi perfect la furie? Presiunea supraimpusă de mintea-Părinte asupra copilului rezidual provoacă furie. Ben Sorotzkin, un psiholog practician, sugerează că perfecţioniştii îşi stabilesc în mod inconştient standarde pentru ei înşişi pe care le este imposibil să le atingă; eşecul lor inevitabil de a se ridica la nivelul acestora are ca rezultat ruşinea şi furia inconştientă.

Obsesia de a fi bun

Perfecţionismul este caracteristica de personalitate predominantă a multora dintre pacienţii mei. Pentru alţii, totuşi, o compulsie înrudită – nevoia de a fi bun – este primară. Aceşti oameni vor tot timpul să fie de ajutor, adesea până la sacrificarea propriilor nevoi. Ei au o dorinţă de a se înţelege cu alţii şi de a fi agreabili, vor ca toată lumea să-i placă. Influenţele culturale sau religioase pot intensifica această tendinţă. Societatea îţi cere să fii un fiu sau o fiică bună, un soţ sau o soţie bună, un bun părinte, un coleg de muncă de nădejde. Acest impuls puternic, la fel ca perfecţionismul, pare a proveni din sentimente adânci de inferioritate.

Ce este greşit în a te strădui să fii perfect şi bun? Nu are de câştigat toată lumea din asta? Dintr-o perspectivă socială şi interpersonală, străduinţa aceasta este minunată, dar ea dă naştere, în acelaşi timp, unei furii interne de proporţii. Deşi am putea dori în mod conştient să fim buni şi să facem bine, Şinele narcisic nu are un astfel de imperativ. Într-adevăr, acesta reacţionează cu furie la ceea ce i se impune. Adaugă aici furia inconştientă că nu suntem pe de-a-ntregul apreciaţi pentru eforturile noastre şi, cel mai rău dintre toate, furia la adresa noastră înşine pentru că nu ne ridicăm la propriile noastre aşteptări.

Nu uita, inconştientul este adesea iraţional. O mamă tânără cu un nou-născut, pe care îl iubeşte foarte mult, este foarte îngrijorată că nu le poate face pe toate bine şi rămâne trează jumătate din noapte. Preocupată în totalitate de a fi mamă, ea nu este conştientă de faptul că este furioasă în mod inconştient pe copil. Multora dintre pacienţii mei li s-a părut dificil să accepte ideea că părinţii ar putea să fie în mod inconştient furioşi pe copiii lor.

Ostilitatea şi agresiunea

S-a scris mult despre pericolul potenţial pe care îl constituie ostilitatea şi agresiunea pentru sănătatea noastră. Se spune că ostilitatea este cea mai importantă dintre aşa-numitele trăsături de comportament de tip A care au legătură cu ateroscleroza coronariană. Din nou, accentul cade pe emoţiile percepute. Teoria STM ar identifica ostilitatea şi agresiunea ca manifestări deschise a ceva mult mai periculos – furie refulată şi mânie reprimată. Simptomele fizice, anxietatea, depresia sau ostilitatea sunt, în fapt, echivalente între ele. Toate reflectă procese care se desfăşoară în inconştient.

Vina

O pacientă îmi descria recent compulsia pe care o resimte de a-i mulţumi pe ceilalţi şi de a fi o persoană bună. „Nu numai atât, adăugă ea, dar mă simt atât de vinovată că nu sunt destul de bună sau destul de amabilă sau că nu fac destul pentru oamenii din viaţa mea."

Vina este o altă reacţie generată de Părintele psihic, o altă presiune autoimpusă care contribuie la cantitatea critică de furie. Ne putem simţi vinovaţi pentru multe, inclusiv pentru greşeli şi inadecvări din trecut. Pentru că Şinele nu poate tolera niciun fel de disconfort şi vina este încă un atac la sentimentul propriei valori, totul contribuie la furie. Autocritica este aparent la fel de generatoare de furie cum este critica din partea altora.

Dependenţa

Una dintre rămăşiţele copilăriei este dorinţa de a fi îngrijit. Pentru că nu vedem această dorinţă ca potrivită pentru comportamentul adult, ea este reprimată profund; suntem dependenţi în mod inconştient. Acest lucru poate duce la o furie inconştientă, pentru că nevoile de dependenţă nu sunt niciodată satisfăcute şi, în mod paradoxal, am putea să fim furioşi, fără să conştientizăm, pe persoana sau pe persoanele de care suntem dependente. Dependenţa inconştientă poate conduce la alte complicaţii care generează furie, cum ar fi alegerea nepotrivită a unui partener (cineva care ne va „mămoşi") sau alegerea unei profesii sau munci care va fi sigură sau fără responsabilităţi, dar nici provocatoare, nici capabilă să ne

împlinească. Alte reacţii la sentimentele de dependenţă profund instalate sunt independenţa ostilă şi chiar agresiunea.

Înţelegerea impactului stimei de sine scăzute, a perfecţionismului, a obsesiei de a face bine, a vinei şi dependenţei sprijină ideea că furia este emoţia care contribuie cel mai mult la dezvoltarea simptomelor minte-corp în tulburări cum ar fi STM. Sentimentele de inferioritate şi dependenţă conduc la tendinţe perfecţioniste, la dorinţa de a-i mulţumi pe ceilalţi şi, în consecinţă, la sentimente de culpă. Şinele, la fel ca un copil, reacţionează la presiune. Un proces circular funcţionează aici: Şinele stimulează anumite trăsături de personalitate care, la rândul lor, înfurie Şinele.

Lumea din jurul nostru

Presiunea provoacă furie Sinelui, indiferent că este o presiune din interior adusă de cele dictate de Părinte sau vine de la realităţile vieţilor noastre zilnice. A fi conştiincios şi îngrijorat înrăutăţeşte lucrurile, agravând presiunea de a fi un lucrător competent, un soţ sau o soţie bună, un copil iubitor pentru un părinte mai în vârstă, dependent.

Chiar şi evenimentele fericite cum ar fi găsirea unei slujbe bune, căsătoria sau naşterea unui copil pot avea ca rezultat turbulenţe interioare, presiune şi mânie. Multe mame tinere care au început să aibă dureri de spate în perioada sarcinii se aflau într-un conflict legat de inadecvarea lor ca mame sau erau nesigure în ce priveşte hotărârea de a-şi întrerupe cariera pentru a avea un copil.

La celălalt capăt al spectrului emoţional, Şinele interior, simţindu-se abandonat, ar putea reacţiona cu furie la adresa cuiva drag care moare sau a unui copil care părăseşte căminul părintesc.

Cu mulţi ani în urmă, psihiatrii newyorkezi Thomas Holmes şi Richard Rahe au studiat rolul cauzativ al evenimentelor de viaţă stresante „în istoria naturală a multor boli". Ei au prezentat o listă a acestor evenimente, dintre care unele erau negative, dar multe erau identificate ca dezirabile social şi „în armonie cu valorile americane de realizare, succes, materialism, spirit practic, eficienţă, orientare spre viitor, conformism şi încredere în sine". Lista este reprodusă aici. Noi postulăm că aceste evenimente produc „boala" prin mecanismul furiei interne. Evenimentele sunt enumerate în ordinea descrescătoare în ce priveşte intensitatea stresului produs:

1. Moartea soţului/soţiei
2. Divorţul
3. Separarea maritală
4. Executarea unei pedepse cu închisoarea

5. Moartea unui membru apropiat al familiei
6. Rănirea sau boala personală
7. Căsătoria
8. Concedierea de la slujbă
9. Reconcilierea maritală
10. Pensionarea
11. Schimbarea stării de sănătate a unui membru al familiei
12. Sarcina
13. Dificultăţi legate de sex
14. Câştigarea unui nou membru al familiei
15. Readaptarea în afaceri
16. Schimbare în starea financiară
17. Moartea unui prieten apropiat
18. Schimbarea spre un alt domeniu de muncă
19. Schimbare în numărul discuţiilor în contradictoriu cu partenerul de viaţă
20. Ipotecă de peste 10 000 de dolari (în anii 1960)
21. Prescrierea ipotecii sau împrumutului
22. Schimbarea responsabilităţilor la slujbă
23. Fiul sau fiica părăsesc căminul părintesc
24. Necazuri cu rude prin alianţă
25. Realizări personale remarcabile
26. Soţia începe sau încetează munca
27. începutul sau terminarea şcolii
28. Schimbări în condiţiile de viaţă
29. Revizuirea obiceiurilor personale
30. Necazuri cu şeful
31. Schimbări în programul de lucru sau condiţii
32. Schimbarea domiciliului
33. Schimbarea şcolii
34. Schimbarea modului de recreere
35. Schimbare în activităţile bisericeşti
36. Schimbare în activităţile sociale
37. Ipotecă sau împrumut mai mic de 10 000 de dolari
38. Schimbare în obiceiurile legate de somn
39. Schimbare a numărului membrilor familiei care se întâlnesc
40. Schimbare în obiceiurile legate de alimentaţie
41. Vacanţa
42. Crăciunul
43. încălcări minore ale legii

Atât stresul pozitiv, cât şi cel negativ generează furie inconştientă, indiferent dacă o persoană este supărată în mod conştient. Mânia acumulată devine furie, iar furia înfricoşătoare, inconştientă duce la

dezvoltarea simptomelor fizice.

Şase nevoi esenţiale

Pentru a ne satisface nevoile elementare ne supunem pe noi înşine unei presiuni care înfurie Şinele. Sau devenim frustraţi şi supăraţi pentru că unele nevoi nu sunt satisfăcute adecvat. Aceste nevoi esenţiale sunt:

1. Nevoia de a fi perfect (de a excela, realiza, reuşi; aşteptări şi standarde înalte; autocritic şi foarte sensibil la critică).
2. Nevoia de a fi plăcut de ceilalţi (de a fi aprobat, iubit, admirat, respectat; compulsie de a mulţumi pe alţii, de a fi „un băiat bun" sau de a fi mama sau tatăl tuturor).
3. Nevoia de a fi îngrijit (o dorinţă care nu dispare niciodată din inconştient, indiferent cât de vârstnici sau independenţi suntem).
4. Nevoia de a fi consolat (căutăm recompense prin intermediul mâncării, băuturii, fumatului, sexului, distracţiei, jocului).
5. Nevoia de a fi invincibil din punct de vedere fizic (puternic, nerestricţionat, sexy).
6. Nevoia de a fi nemuritor (suntem înfuriaţi în mod inconştient de inevitabilul morţii).

Această ultimă categorie este câteodată una dintre cele mai subtile. Totuşi, ea este adesea responsabilă pentru începutul durerilor la bărbaţi şi la femei aflaţi la vârsta de cincizeci, şaizeci, şaptezeci de ani. Îmbătrânirea provoacă furie, ceva la care nu mă gândisem până să o simt. Unii dintre pacienţii mei erau conştienţi de asta, dar cei mai mulţi nu realizau intensitatea sentimentelor lor interioare legate de acest subiect.

Raportul furie/calmare

Cred că un fel de raport furie/calmare ar putea juca un rol în determinarea momentului apariţiei simptomelor fizice. Pacienţii întreabă frecvent: „De ce a început durerea acum?" Le răspund invariabil: „Pentru că furia ta a atins un nivel critic; pentru că ea ameninţă acum să erupă în conştiinţă".

Să presupunem totuşi că există un alt element în ecuaţie; că nu cantitatea de furie este cea care iniţiază pur şi simplu simptomele, ci prezenţa sau absenţa factorilor de calmare care să o contrabalanseze.

În mod teoretic, aceste elemente plăcute în viaţa unei persoane ar modifica ameninţarea impusă de furie şi ar face ca simptomele să nu mai fie necesare. Unii ar putea trage concluzii absurde din această idee, însă eu chiar cred că acest proces are loc şi că apariţia simptomelor reflectă prea multă furie şi insuficiente elemente calmante care să le contrabalanseze.

Conceptul de echivalenţă

STM face parte dintr-un grup de tulburări fizice care se pot substitui între ele. Toate acestea servesc aceluiaşi scop psihosomatic şi sunt, astfel, echivalente una cu cealaltă. Într-adevăr, orice tulburare fizică ce atrage atenţia unei persoane – de exemplu, o fractură sau o infecţie respiratorie severă – poate înlocui temporar procesul minte-corp. Sindromul de durere dispare în mod frecvent odată cu apariţia unor condiţii noi, pentru a reveni după dispariţia acestora.

Cu ocazia unui sondaj efectuat în 1975, s-a constatat că 88 la sută dintre pacienţii afectaţi de STM aveau antecedente de până la cinci tulburări minte-corp, inclusiv o varietate de simptome stomacale, cum ar fi arsurile, indigestia acidă, gastrita şi hernia hiatală; probleme la nivelul tractului gastrointestinal, cum ar fi colonul iritabil, sindromul intestinului iritabil şi constipaţia cronică; stări alergice obişnuite, cum ar fi febra fânului sau astmul; diferite afecţiuni ale pielii, ca eczema, acneea, urticaria şi psoriazisul; tensiunea sau migrena; infecţii urinare sau respiratorii frecvente şi ameţeala sau „ţiuitul în urechi” (neasociate cu boli neurologice sau ale urechii). Nu toată lumea este de acord că acestea sunt tulburări minte-corp, dar eu am descoperit că este aşa în practica mea clinică. Ele apar de obicei în tandem, sugerând că toate servesc aceluiaşi scop psihologic. Faptul că erau atât de obişnuite la pacienţii cu STM este ceea ce m-a făcut să ajung la concluzia că STM este şi el o maladie corp-minte.

Anxietatea şi depresia ca echivalente

Ideea că afecţiunile fizice tocmai enumerate sunt induse pe cale psihologică este controversată. Chiar mai controversată este concluzia mea că atât anxietatea, cât şi depresia sunt echivalente ale STM, acest fapt semnificând că şi ele pot servi la distragerea atenţiei de la emoţiile ascunse, ameninţătoare. Psihicul este eclectic în privinţa alegerii factorilor de distragere a atenţiei.

Următoarele istorii de caz ilustrează echivalenţa anxietăţii şi depresiei.

Prima priveşte o femeie singură aflată la vârsta de patruzeci spre cincizeci de ani care a fost complet imobilizată de o durere cronică de

lungă durată în regiunea lombară a spatelui. Ea a fost examinată şi tratată în toate felurile, fără niciun rezultat. Nu era nimic în neregulă cu zona inferioară a coloanei din punct de vedere structural; razele X indicau schimbări obişnuite asociate cu înaintarea în vârstă. De vreme ce totul se dovedea a fi în esenţă normal la examinarea fizică, am pus diagnosticul de STM.

Severitatea simptomelor a determinat internarea ei în spital. Acolo a fost supusă terapiei fizice, programului meu educativ şi psihoterapiei. A urmat o atenuare graduală dar benefică a durerii. Într-o dimineaţă a venit în biroul meu să-mi spună că durerea dispăruse, dar că devenise extrem de anxioasă, în asemenea măsură încât aproape că îşi dorea durerea înapoi. Dispărând durerea ca factor de distragere a durerii, creierul a substituit-o cu o stare de anxietate.

Cred că depresia poate opera în acelaşi mod.

Unul dintre pacienţii mei a fost un bărbat de cincizeci de ani care fusese tratat cu succes pentru diverse manifestări ale STM de-a lungul mai multor ani. El avea, de asemenea, un istoric lung legat de depresie, pentru care era tratat cu medicamente şi psihoterapie. La începutul anului 1994 a fost supus unui tratament cu un antidepresiv care a fost foarte eficient şi până în toamnă era într-o dispoziţie excelentă. În acel moment el a început să dezvolte brusc manifestări severe de STM, inclusiv slăbirea majoră a muşchiului la una dintre glezne. Am interpretat această situaţie ca pe un caz de substituire a simptomului. Medicaţia a modificat chimia creierului şi a atenuat depresia, dar nu a făcut nimic pentru a schimba conflictele intrapsihice responsabile pentru depresie. Astfel, un alt factor de distragere a atenţiei a trebuit găsit şi mintea a recurs la unul pe care îl folosise de multe ori înainte: durerea de spate şi picior. Atacurile de panică (manifestări fizice de anxietate acută) sunt şi ele reacţii de mânie refulată sau reprimată. Îmi amintesc de un pacient care mi-a spus că fusese pe punctul de a ataca verbal o femeie în legătură cu ceva, decisese că asta nu ar fi decent din partea lui, ca bărbat, aşa că reprimase mânia şi suferise imediat un atac de panică. Alte studii vin în sprijinul acestei echivalenţe. Unii denumesc prin durere cronică (STM poate deveni cronic) şi emoţiile patologice, cum ar fi anxietatea şi depresia. Alţii au descris durerea cronică ca fiind un echivalent din punct de vedere psihologic al depresiei.

Factorul de frică

Frica este un alt echivalent important al durerii care poate fi mai eficient decât durerea în ce priveşte realizarea scopului minţii, acela de a distrage atenţia de la furia refulată. *Frica* de durere, de activitate fizică, de rănire sau de o anomalie a coloanei este suficientă pentru a

perpetua STM, chiar şi în absenţa durerii. Mintea este interesată numai de menţinerea atenţiei noastre asupra corpului; frica de oricare dintre aceste fenomene va realiza asta, la fel ca şi realitatea durerii însăşi. Iată de ce programul nostru terapeutic necesită nu numai încetarea durerii, ci şi eliminarea fricii.

Tulburarea obsesiv-compulsivă ca echivalent

Unul dintre pacienţii mei, o persoană inteligentă şi perspicace, este în foarte mare măsură responsabil pentru ideea pe care o voi prezenta acum. El manifesta un caz clasic de STM, dar nu a menţionat că suferise şi de o tulburare obsesiv-compulsivă (TOC). TOC se caracterizează prin îndeplinirea continuă a unor acte rituale sau prin prezenţa în gândire a unor idei obsesive. Este supărător şi intruziv din punct de vedere funcţional. Un exemplu clasic este compulsia spălării mâinilor în care pacienţii se spală pe mâini de sute de ori pe zi pentru că sunt obsedaţi de frica microbilor. Impulsul de a gândi sau face aceste lucruri este irezistibil.

Acest pacient a decis că psihologia aflată în spatele STM şi a TOC era aceeaşi şi a procedat la aplicarea principiilor terapeutice folosite în primul caz şi pentru cel din urmă caz – cu rezultate excelente. În fapt, tulburarea sa obsesiv-compulsivă a dispărut înainte să-i dispară durerea de spate. TOC este un echivalent al anxietăţii, care este un echivalent al STM. Astfel, decizia de a include TOC ca echivalent al STM este logică. Capacitatea sa de a absorbi atenţia pacientului merge în paralel cu aceea a durerii care însoţeşte STM. Destul de frecvent, pacienţi cu STM sunt obsedaţi de simptomele lor de durere, ceea ce indică intensitatea nevoii inconştiente de distragere a atenţiei.

Multe dintre teoriile pe care le-am sugerat în acest capitol sunt controversate şi vor fi disputate de persoane care aparţin diverselor discipline profesionale. Ele constituie rezultatul experienţei mele clinice şi, de vreme ce nu am pregătire psihanalitică, psihologică sau psihiatrică, ar putea fi puse la îndoială de aceşti profesionişti. Dar trebuie reamintit faptul că domeniul medicinei psihosomatice a fost studiat, în ultima parte a acestui secol, mult mai puţin decât în timpul lui Freud şi al discipolilor săi. El a fost aproape total neglijat de specialităţile medicale fizice şi psihiatrice. Psihologii care nu sunt medici nu sunt pregătiţi să evalueze afecţiuni fizice şi nu pot, ca urmare, să contribuie la studiul manifestărilor fizice ale acestor afecţiuni. Psihanaliştii medici au constituit unicul grup care a păstrat un interes pentru domeniu şi continuă să scrie pe această temă, dar aria lor de cuprindere este limitată, de vreme ce ei văd numai cele mai severe exemple ale tulburărilor minte-corp, cum este colita ulceroasă.

Teoriile mele psihologice se referă numai la simptomele fizice care

sunt induse pe cale emoţională. Nu sunt un psihoterapeut care tratează simptomele emoţionale ale tulburărilor psihologice. Sunt un doctor al trupului care a identificat cauzele psihologice ale unei afecţiuni fizice. Ca urmare, ceea ce propun trebuie evaluat într-un context diferit de cel al medicilor orientaţi strict spre problemele somatice, pe de o parte, sau de cel al psihologilor şi psihiatrilor, pe de altă parte. Avem nevoie de o punte conceptuală. Să vedem dacă o putem construi.

2

Mecanica proceselor minte-corp

Conceptul de minte-corp

Această secţiune are menirea de a constitui o punte atât din perspectivă organizaţională, cât şi conceptuală care să lege activitatea emoţională din creier de simptomele fizice din corp. Cartea a început cu o descriere a stării emoţionale despre care se crede că este responsabilă pentru multe tulburări fizice şi va continua, urmând această punte, cu o descriere a acestor tulburări.

S-a scris mult pentru publicul larg despre legătura „minte-corp" în ultimii douăzeci de ani. Autori cum ar fi Herbert Benson, Deepak Chopra, Norman Cousins, Dennis Jaffe, Lawrence Leshan, Steven Locke şi Douglas Colligan, Joyce Medougall, Morton Reiser, Ernest Rossi, Bernie Siegel, Graeme Taylor şi Andrew Weil, venind dintr-o varietate de medii şi discipline, împărtăşesc cu toţii convingerea că mintea are capacitatea de a combate boala şi de a îmbunătăţi starea de sănătate. Nu există nicio îndoială că acest lucru este corect. Ceea ce trebuie făcut, totuşi, este să demonstrăm în mod ştiinţific cum poate mintea cauza sau vindeca bolile fizice. Această carte prezintă un exemplu specific al acestor capacităţi ale minţii, descriind felul în care creierul creează simptomele fizice ale sindromului tensiunii musculare (STM) şi ale echivalentelor sale şi cum le poate atenua.

Statutul medicinei psihosomatice

Pe parcursul acestei cărţi utilizez cuvintele *psihosomatic* şi *corp-minte* interşanjabil. Ele sunt sinonime şi se referă la interacţiunea dintre creier şi corp prin care procesele psihologice sau mentale induc schimbări fizice atât patologice, cât şi benefice. Cuvântul psihosomatic este în general greşit înţeles pentru a descrie o tulburare imaginară suferită de oameni care sunt anormali din punct de vedere mental sau o exagerare a unor simptome care sunt bazate structural („reale"). Pentru a îndrepta lucrurile, să spunem că simptomele psihosomatice sunt reale, ele apar la oameni normali şi sunt universale în societatea occidentală.

Cea mai mare parte a literaturii de specialitate dedicate acestui subiect face referire la minte şi corp sau la legătura minte-corp (cu

cratimă). Candace Pert, care a efectuat cercetări de bază la Institutul Naţional de Sănătate, cercetări ce arată legătura cuprinzătoare şi intimă dintre creier şi corp, a fost prima care a sugerat să unim cuvintele *minte* şi *corp*. În vederea experienţei mele cu STM, am adoptat această utilizare.

În introducerea la cartea sa *Medicina psihosomatică,* publicată în 1950, Franz Alexander scria: „Iată că, din nou, pacientul, ca fiinţă umană fără griji, temeri, speranţe şi deznădejdi, considerat ca un tot indivizibil şi nu doar ca purtător de organe – al unui ficat sau stomac bolnav –, este pe cale de a deveni obiectul legitim al interesului medical."{4}

În mod ironic, mişcarea care a purtat amprenta lui Alexander aproape că a murit odată cu el. Procesul istoric asupra căruia a comentat el, dominaţia medicinei tehnologice, orientată spre boală, antipsihologică a continuat şi s-a intensificat astfel încât foarte puţine persoane continuă munca importantă pe care el a început-o. Medicina convenţională, inclusiv psihiatria, nu acceptă teoria prezentată în capitolul anterior. Ea nu crede că emoţiile pot iniţia simptome fizice. Lista oficială a diagnosticelor psihiatrice a Asociaţiei Americane de Psihiatrie, respectiv *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manualul de diagnostic şi statistică a tulburărilor mentale) nu utilizează cuvântul *psihosomatic*.

Alexander credea că fenomenele emoţionale pot cauza astfel de tulburări fizice cum ar fi ulcerele stomacale şi STM. El a studiat, de asemenea, efectul fenomenelor emoţionale asupra tractului gastrointestinal şi asupra sistemelor respirator, cardiovascular, endocrin, osos şi muscular. El a mai crezut şi că anumite stări emoţionale sunt responsabile pentru anumite tulburări fizice.

Din contră, teoria STM afirmă că procesul psihologic intern descris în Capitolul 1 este responsabil pentru toate maladiile fizice psihogene, dar cu mari variaţii în detalii şi severitate atât în ce priveşte stările fiziologice, cât şi cele psihologice.

Medicina convenţională se împotriveşte unor concepte ca acestea chiar şi atunci când i se prezintă dovezi convingătoare că ele sunt valide. Acest fapt reflectă o abordare filosofică adânc înrădăcinată, conform căreia nu există o interacţiune „minte-corp", pe de o parte, şi convingerea că ştiinţa de laborator este singura ştiinţă valabilă, pe de altă parte. Fenomenele psihosomatice nu pot fi studiate în eprubetă sau utilizând animale de laborator. Emoţiile inconştiente nu sunt revelate prin administrarea de teste sau profiluri de personalitate.

Experienţa medicală descrisă în această carte este un exemplu pentru un alt tip de metodă ştiinţifică, în care diagnosticul şi ipotezele terapeutice sunt testate pe mulţi pacienţi de-a lungul multor ani. Faptul că multe persoane s-au „vindecat" prin studierea cărţilor mele

constituie o mărturie în sine a acurateţei diagnosticului de STM. Am consultat aproximativ zece mii de pacienţi cu STM din 1973 încoace, cei mai mulţi dintre ei eliberându-se de durere şi redevenind în totalitate activi din punct de vedere fizic. Şi aceasta este ştiinţă. Douăzeci şi cinci de ani de experienţă cu STM în care a existat un succes terapeutic constant şi impresionant numeric este mai mult decât un test de validitate rezonabil – este dovada acurateţei diagnosticului.

Stephen Jay Gould, care predă biologie, geologie şi istoria ştiinţei la Universitatea Harvard, a scris un eseu excelent în apărarea „ştiinţei slabe", în numărul din iunie 1986 al *Natural History:*

Un stereotip nefericit, dar din păcate comun, despre ştiinţă divide profesia în două domenii cu statut diferit. Avem, pe de o parte, ştiinţele fizice sau „tari" care operează cu precizia numerică, predicţia şi experimentarea. Pe de altă parte, ştiinţele „slabe" care tratează obiectele complexe ale istoriei în toată bogăţia lor trebuie să schimbe aceste virtuţi pe „simple" descrieri lipsite de numere ferme într-o lume confuză unde, în cel mai bun caz, putem spera să explicăm ce nu putem prezice. Istoria vieţii întrupează toată dezordinea acestui stil de ştiinţă secundar şi subevaluat.

Studiul emoţiilor umane şi al consecinţelor lor intră, de asemenea, în această categorie „dezordonată". Nu împărtăşeşte nici măcar ordinea relativă a ştiinţei istorice, de care se ocupă Gould, pentru că ea nu posedă încă instrumentele necesare pentru a înţelege bazele emoţiilor.

Cercetările psihiatrice contemporane identifică evenimentele chimice din creier asociate cu anumite stări patologice, cum ar fi depresia şi apoi se presupune că dacă simptomul poate fi atenuat cu medicamente, tulburarea este vindecată. Teoria STM susţine că depresia şi modificările chimice din creier asociate cu depresia sunt secundare în raport cu sentimentele înfricoşătoare din inconştient.

Oamenii care studiază emoţiile şi medicina psihosomatică trebuie să depăşească complexul de inferioritate care provine din incapacitatea lor de a folosi instrumentele „ştiinţei tari". Mă refer la un alt eseu al lui Gould:

Această umilinţă care nu este necesară urmează o tradiţie nefericită a dispreţului de sine printre oamenii de ştiinţă care se ocupă de evenimentele complexe, irepetabile şi imprevizibile ale istoriei [sau, la fel de bine, de „tărâmul complex, prea puţin înţeles al emoţiilor umane"]. Suntem instruiţi să credem că modelele „ştiinţei tari", ale cuantificării, experimentării şi replicării, sunt inerent superioare şi fac

legea, astfel încât orice alt set de tehnici poate doar păli prin comparaţie. Dar ştiinţa istorică procedează prin reconstruirea unui set de evenimente contingente, explicând în retrospectivă ce nu ar fi putut fi prevăzut dinainte. Dacă dovezile sunt suficiente, explicaţia poate fi la fel de riguroasă şi credibilă ca orice lucru făcut în domeniul ştiinţei experimentale. În orice caz, acesta este modul în care funcţionează lumea; nu este nevoie de scuze.

Există o paralelă între ştiinţa istorică a lui Gould şi ştiinţa tulburărilor minte-corp. Niciuna dintre acestea nu poate folosi laboratorul, însă ambele pot fi studiate în mod riguros. Cu STM şi echivalenţii săi, observaţiile atente şi experienţa terapeutică reproductibilă sunt în aceeaşi măsură ştiinţifice cum sunt metodele concrete de cuantificare.

Dacă cineva poate alunga un simptom prin învăţare, simptomul trebuie să fi avut originea în creier. Din moment ce cercetările susţin că toate reacţiile creierului, inclusiv cele care implică emoţiile, pot fi identificate chimic, poate că prin învăţare am reuşit să modificăm chimia creierului.

Literatura medicală documentează chiar o astfel de observaţie, una care a fost confirmată cu o metodă aparţinând „ştiinţei tari". Într-un studiu realizat de Jeffrey Schwartz şi colegii săi de la departamentul de medicină al Universităţii California din Los Angeles, pacienţi cu tulburări obsesiv-compulsive au arătat îmbunătăţiri considerabile prin terapia cognitiv-comportamentală. Îmbunătăţirea lor simptomatică a fost urmată, în paralel, de o schimbare înspre normal a activităţii metabolice a creierului, fapt atestat prin aşa-numita scanare PET (tomografie cu emisie de pozitroni).

Psihofarmacologia, ramura medicinei care utilizează medicamente în tratarea tulburărilor psihologice, se face vinovată de o gândire foarte neştiinţifică atunci când declară că poate vindeca o tulburare emoţională prin modificarea chimiei creierului asociate acelei tulburări. Însă asta e la fel de adevărat cu a spune că ceea ce cauzează pneumonia este febra. Identificarea chimiei unei stări clinice nu înseamnă stabilirea cauzei sale. Am putea să avem în faţă mai degrabă un rezultat decât o cauză. Dacă aceasta este situaţia, tratarea depresiei cu antidepresive ar putea să însemne o medicină ineficientă pentru unii pacienţi: simptomul este eliminat fără identificarea cauzei.

Experienţa cu STM arată că dacă un simptom indus pe cale emoţională este înlăturat în mod artificial cu un medicament sau placebo, unul din două lucruri se va întâmpla: simptomul va reveni când medicamentul este retras sau, mai dificil, va apărea altă problemă care îi va lua locul, fie în plan emoţional, fie în cel fizic. Pacientul discutat în Capitolul 1 a căpătat control asupra depresiei

sale cu un medicament, doar pentru a suferi o revenire a durerii sale severe de spate, pe care o eliminase anterior.

Simptomele minte-corp există pentru a servi unui scop. Dacă ocoleşti acel scop înlăturând simptomul fără a trata cauza acestuia, creierul va găsi pur şi simplu un alt simptom sau o altă tulburare ca substitut.

O clasificare a tulburărilor fizice induse pe cale emoţională

Minte-corp şi *psihosomatic* sunt termeni sinonimi. În cartea mea anterioară nu am folosit termenul *psihosomatic* pentru că oamenii cred că el înseamnă „imaginar" şi că oricine are simptome psihosomatice este afectat sau inadecvat. Găsesc acest lucru deosebit de ironic, din moment ce condiţiile psihosomatice par a fi universale în societatea occidentală. Noi toţi le avem; astfel, este normal să le avem. Amintiţi-vă:

1. Simptomele psihosomatice (minte-corp) cuprind un număr mare de maladii fizice inofensive comune, cum sunt durerile de cap, cele de stomac, alergiile şi afecţiunile de piele.
2. Noi toţi suferim de una sau mai multe dintre ele pe parcursul vieţii noastre.
3. Ele nu sunt imaginare, prosteşti sau hipocondriace.
4. Ele sunt responsabile pentru epidemia diferitelor tipuri de afecţiuni dureroase care afectează în prezent Occidentul, incluzând majoritatea durerilor de spate, gât, umăr şi membre şi multe altele care vor fi descrise în Partea a II-a a acestei cărţi.
5. Aceste maladii au devenit probleme de sănătate publică pentru că medicina nu recunoaşte cauzele lor emoţionale şi este, ca urmare, incapabilă să se ocupe de ele în mod adecvat.

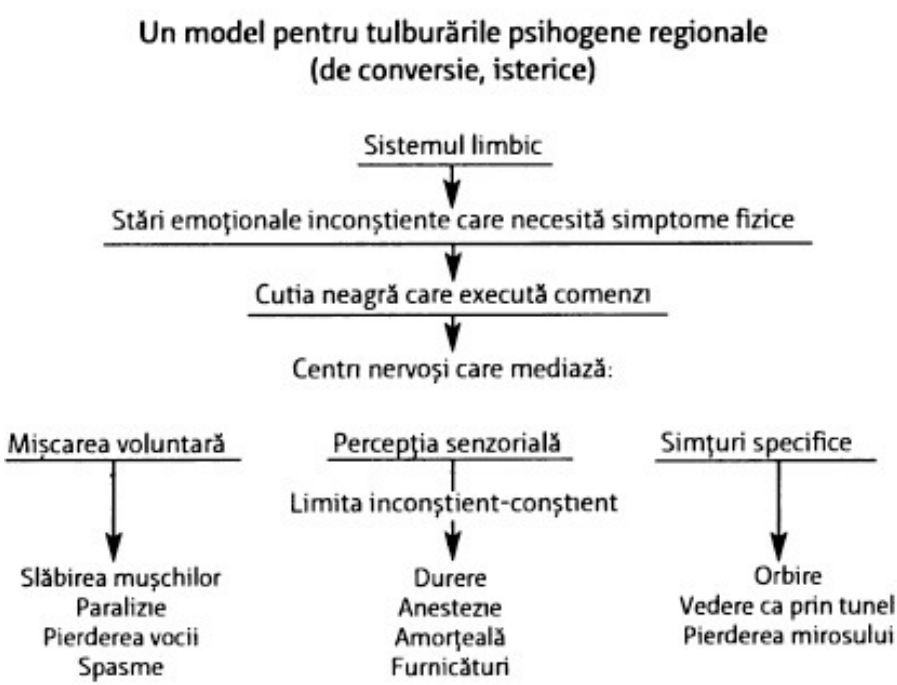
Cuvântul care cuprinde *toate* tulburările fizice induse emoţional este *psihogen.* O maladie psihosomatică este un tip de manifestare psihogenă. Urmează o clasificare a proceselor psihogene. Le voi explica pe fiecare dintre acestea:

1. Tulburări psihogene regionale (de conversie, isterice).
2. Intensificarea psihogenă a simptomelor.
3. Reducerea psihogenă a simptomelor sau abolirea lor.
4. Simptome psihotice (iluzorii).
5. Tulburări psihosomatice (minte-corp).

Tulburări psihogene regionale (de conversie, isterice)

Allan Walters, un neurolog canadian, a sugerat utilizarea termenului de *durere psihogenă regională* în locul celui de *durere isterică,* termen tradiţional folosit pentru prima oară de Freud şi colegii săi, de vreme ce mulţi pacienţi nu erau în mod clar isterici, deşi cauza durerii lor era emoţională. Termenul *conversie* a fost, de asemenea, utilizat în vremea lui Freud, implicând faptul că o stare emoţională fusese convertită într-una fizică. În această categorie, stările emoţionale cauzează simptome în sistemele motor şi senzorial şi în organele de simţ fără a produce modificări fiziologice în corp, după cum se poate vedea în Figura 1.

Figura 1



În această reprezentare, sistemul limbic cuprinde toate procesele legate de creier care generează emoţii; celulele creierului care alcătuiesc sistemul limbic sunt printre cele mai importante în această categorie. De la aceste structuri cerebrale provin stările emoţionale inconştiente descrise în Capitolul 1 şi care necesită simptome fizice. „Cutia neagră" se referă la acea parte încă neidentificată a creierului şi la procesul care are loc acolo, care stimulează activitatea în centrii

nervoşi (creier) care vor produce una dintre variatele reacţii anormale în sistemul motor, sistemul senzorial sau simţurile specifice cum ar fi vederea şi auzul. Aceste simptome sunt percepute ca rezultat strict al activităţii creierului; nu există o reacţie identificabilă în corp care să ofere o explicaţie pentru ele. Ele erau comune în timpul lui Freud, dar sunt întâlnite mult mai rar acum, probabil pentru că ele nu mai sunt la modă.

Edward Shorter, istoric al medicinei la Universitatea din Toronto, a clarificat destul de bine, în cartea sa, *Front Paralysis to Fatigue (De la paralizie la oboseală cronică),* ideea că alegerea simptomelor minte-corp se bazează pe ce este în vogă la momentul respectiv şi ce a fost legitimat de către doctori ca fiind „somatic".

Intensificarea psihogenă a simptomelor

Frica sau anxietatea poate înrăutăţi orice simptom. Acesta este singurul proces psihogen care este general acceptat în medicină. Este numit de obicei „consecinţă psihologică".

Din nefericire, această idee este folosită, de asemenea, pentru a explica unele tulburări cunoscute ca dureri cronice, abordare cu care nu sunt deloc de acord. Vom discuta asta în Partea a II-a a prezentei cărţi.

Reducerea psihogenă a simptomelor sau abolirea lor

Aceasta se referă la o reducere sau chiar la o abolire a unui simptom cum ar fi durerea. Procesul se întâlneşte rar în viaţa normală, unde durerea sau alte simptome sunt acompaniate de obicei de suferinţă emoţională într-o măsură mai mică sau mai mare. Prin comparaţie, unul dintre primii cercetători ai durerii, Henry Beecher, observa în timpul celui de-al Doilea Război Mondial că soldaţii răniţi grav cereau adesea puţină morfină sau deloc pentru controlul durerii. Soldaţii erau atât de bucuroşi că erau vii, cu toate că erau grav răniţi, atât de uşuraţi că nu vor mai fi nevoiţi să facă faţă din nou ororilor câmpului de bătălie şi că acum vor fi îngrijiţi, încât nu mai simţeau durerea decât în mică măsură sau deloc. Iată un fapt remarcabil şi încă o demonstraţie privind puterea minţii. Răni de o gravitate similară suferite în viaţa civilă ar fi acompaniate de o mare anxietate şi de nevoia de mari doze de morfină.

Simptomele psihotice (delirante)

La fel ca simptomele psihogene regionale, acestea sunt elaborate în totalitate în creier ca rezultat al unei boli mentale serioase. Nu am avut contact cu ele, dar sunt incluse aici pentru că sunt de natură psihogenă.

Tulburările psihosomatice (minte-corp)

Aceste tulburări, care vor fi descrise în Partea a II-a, includ:

Sindromul tensiunii musculare (STM)
Majoritatea durerilor în zona lombară şi a piciorului
Majoritatea durerilor la gât, umăr şi braţ
Nevralgii din cauza afectării nervilor cranieni (mai ales a perechilor de nervi V şi VII)
Fibromialgia
Mialgia cauzată de stres
Sindromul miofascial
Sindromul articulaţiei temporomandibulare
Majoritatea sindroamelor dureroase la nivelul tendonului
Sindromul canalului carpian
Bolile tensiunii repetitive
Distrofia simpatetică reflexă
Sindrom postpolio
Majoritatea durerilor cronice
Majoritatea afecţiunilor însoţite de aşa-numitul sindrom al oboselii cronice
Majoritatea afecţiunilor însoţite de sindromul Epstein-Barr

Echivalenţii STM

Tulburările gastro-intestinale
Tulburări ale sistemului circulator
Afecţiuni ale pielii
Tulburări ale sistemului imunitar
Tulburări genito-urinare
Afecţiuni benigne ale mecanismului cardiac
Afecţiuni diverse

Tulburări în care emoţiile pot juca un rol

Boli autoimunitare
Cancer
Tulburări cardiovasculare

Neurofiziologia tulburărilor psihogene

Iată premisa de bază: Stările emoţionale sunt capabile să inducă simptome fizice, cu sau fără modificări fiziologice ale ţesuturilor specifice din corp.

Cei mai mulţi dintre practicienii actuali ai medicinei, inclusiv mulţi psihiatri, nu cred că se întâmplă acest lucru. De fapt, cercetările medicale se află adesea în mare dificultate în a infirma cauzalitatea psihogenă. Un exemplu bun este recenta descoperire a faptului că unii oameni care suferă de ulcer peptic la stomac adăpostesc o bacterie, *Helicobacter pylori.* Doctorii au ajuns la concluzia că această bacterie este mai degrabă cauza ulcerelor decât stresul.

Adevărul este că prezenţa bacteriei nu schimbă faptul că factorii emoţionali pregătesc terenul pentru ulcer. Am avut mulţi pacienţi care au trecut de la o durere musculo-scheletală la simptome preulcer şi ulcer şi viceversa, declanşatorii emoţionali fiind adesea bine definiţi.

Cum induc emoţiile simptomele fizice?

Pentru că ştiinţa medicală nu a descifrat încă misterul felului în care creierul face ce face, nu cunoaştem răspunsul la această întrebare. Cineva ar putea adresa întrebări analoge care sfidează, de asemenea, explicaţia: Cum gândeşte creierul, cum produce şi cum înţelege el limbajul, cum creează? Cu alte cuvinte, la cel mai fundamental nivel noi nu înţelegem încă funcţia creierului. Astfel că ştiinţa medicală nu poate respinge ideea că în plus faţă de vorbire, cogniţie şi creativitate, creierul mai poate *cauza* şi simptome fizice.

Neurofiziologia tulburărilor psihogene regionale (de conversie, isterice)

În studiul tulburărilor fizice psihogene, pacienţii *sunt* în laborator. Figura 1 reprezentată cu câteva pagini înainte indică faptul că procesul este iniţiat de o stare emoţională inconştientă. „Cutia neagră” stimulează apoi zonele din creier care controlează mişcarea voluntară şi/sau percepţia senzaţiilor ce vin dinspre corp sau dinspre simţurile speciale, cum ar fi vederea, auzul, gustul şi mirosul. Punctul crucial este acela că simptomele nu sunt rezultatul rănirii sau îmbolnăvirii unor părţi ale corpului. Ele sunt percepute ca slăbiciuni, durere, amorţeală sau orbire numai pentru că celulele corespunzătoare ale

creierului au fost puternic solicitate. Aceasta este cunoscută ca reacţie de conversie. Un set de celule ale creierului este stimulat să activeze de către alte celule ale creierului; în acest caz, celulele stimulatoare sunt cele care au de-a face cu emoţiile inconştiente puternice.

Freud a fost primul care a descris simptomele de conversie, deşi el nu a speculat asupra proceselor creierului care le-ar putea cauza. Recunoaşterea de către acesta a capacităţii procesului emoţional de a induce simptome fizice rămâne una dintre cele mai importante observaţii ştiinţifice ale erei moderne.

Simptomele psihogene regionale nu produc modificări fiziologice în corp. Întregul proces are loc în partea creierului numită encefal.

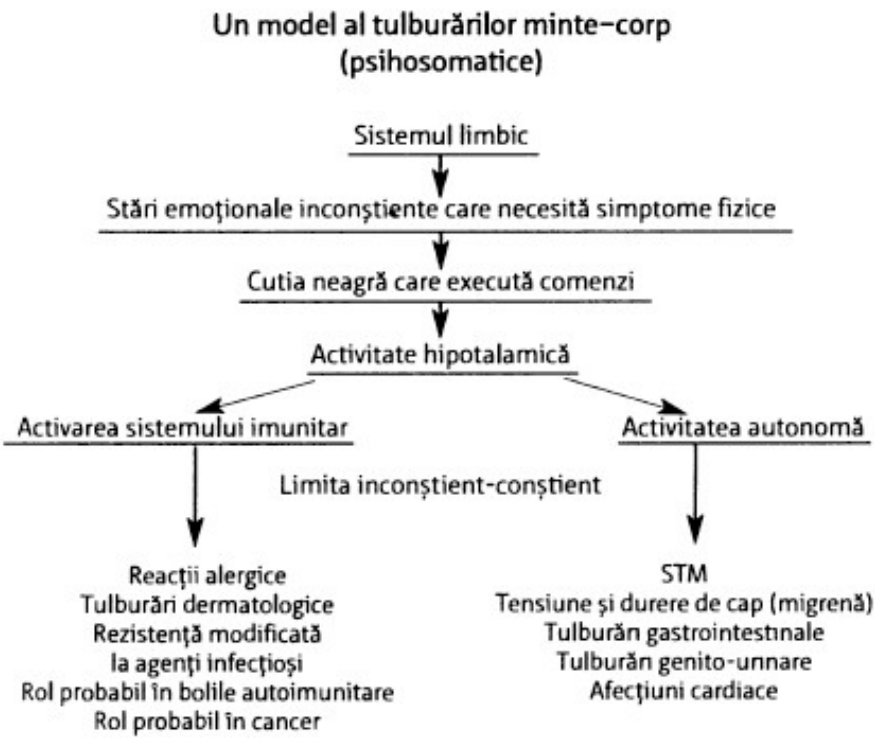
Neurofiziologia tulburărilor minte-corp (psihosomatice)

Figura 2 arată că procesul preliminar în evoluţia unei tulburări minte-corp este acelaşi cu cel al unei maladii psihogene regionale. Deşi unii cercetători au speculat faptul că unele stări psihologice specifice induc manifestări fizice specifice, experienţa mea nu a probat acest lucru. Pacienţii mei au arătat că psihologia aflată la baza tulburărilor de conversie este aceeaşi şi în cazul tulburărilor minte-corp. Este ca şi cum creierul a decis că simptomele de conversie nu mai erau convingătoare ca boală şi a început să producă procese în care existau modificări fiziologice evidente. Acest lucru s-a realizat prin implicarea sistemelor autonom şi imunitar în producerea simptomelor. Partea din creier cunoscută ca hipotalamus este o staţie de traseu esenţială pentru proces. Rezultatul este STM şi toţi echivalenţii pe care i-am enumerat. Acele simptome rezultate din disfuncţia sistemului imunitar reflectă fie prea multă, fie prea puţină reacţie faţă de invadatorii străini, cum ar fi polenul sau bacteriile. Un răspuns imunitar prea puternic duce la reacţii alergice, unul prea slab poate naşte boli cum ar fi răcelile frecvente, infecţiile de tract urinar sau cu candida.

Mitul somatizării

În *Manualul de diagnostic şi statistică a tulburărilor mentale,* ediţia a IV-a (*DSM-IV*), termenul *psihosomatic* nu apare în secţiunea referitoare la simptomele fizice cu

Figura 2



origine psihologică. Acest lucru de întâmplă pentru că cei mai mulţi dintre psihiatri nu cred că emoţiile stimulează procesele fiziologice. Ei preferă termenii de *somatizare* şi *tulburare somatoformă.*

Principiile medicale sunt stabilite astfel pe baza aprobării majorităţii şi nu a dovezilor ştiinţifice. Majoritatea psihiatrilor resping ideea că procesele inconştiente conduc la apariţia simptomelor fizice, de aici şi definiţia din *DSM-IV*; însă asta este exact ceea ce a demonstrat munca mea. *DSM-IV* defineşte *somatizarea* ca pe „o tendinţă de a experimenta şi comunica distresul şi simptomele somatice *neexplicate de cercetările patologice"* [sublinierea noastră]. Pacienţii mei ar fi contrariaţi de sugestia că nu există o bază reală pentru durerea lor. Ei au simptome fizice recile produse de o modificare patologic-fiziologică reală a muşchilor, nervilor şi tendoanelor şi ei ştiu că procesul este indus psihologic pentru că durerea dispare când se confruntă cu motivele emoţionale aflate la baza acesteia.

Respingerea rolului fenomenelor emoţionale inconştiente este parte a tendinţei actuale de criticare a lui Freud. Psihiatria contemporană (cu excepţia majorităţii psihanaliştilor) preferă să folosească medicamente şi tehnici comportamentale pentru a trata pacienţii în loc să se implice în afacerea „murdară" a explorării inconştientului persoanei. Acest lucru este extrem de nefericit pentru că inconştientul

este exact acolo unde încep aceste tulburări fizice. Folosirea medicaţiei şi a psihologiei comportamentale pune doar un capac pe o oală cu un conţinut greu de ingerat. Nu face nimic pentru a calma problemele care clocotesc acolo.

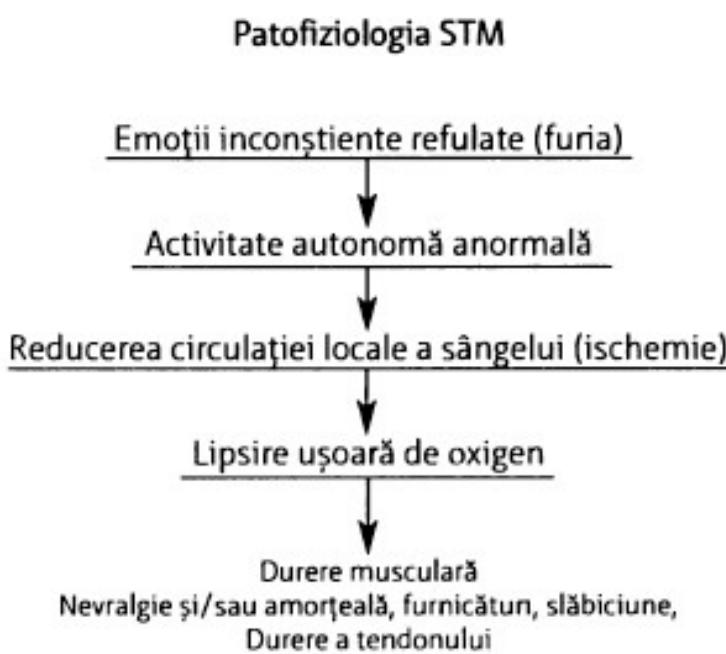
Patofiziologia STM

Capitolul 1 a arătat că scopul simptomelor psihogene este acela de a distrage atenţia de la fenomenele emoţionale asupra corpului. Toate tulburările minte-corp discutate în această carte servesc acestui scop, dar variatele manifestări ale STM sunt de departe cele mai frecvente.

Cum induce creierul sindromul tensiunii musculare?

Dovezile clinice şi de laborator sugerează că acesta a ales să lucreze prin intermediul sistemului nervos autonom, o regiune a sistemului nervos central care controlează funcţiile involuntare ale corpului, inclusiv circulaţia sângelui. Prin restricţionarea uşoară a fluxului de sânge către ţesuturile-ţintă, creierul reduce cantitatea de oxigen disponibilă. Rezultatul va consta doar în durere, dacă muşchii sau tendoanele sunt ţinta, şi în durere, amorţeală, furnicături şi probabil slăbiciune, dacă sunt vizaţi şi nervii.

Figura 3



Teoria lipsirii uşoare de oxigen ca bază a simptomelor a fost bazată

pe observaţii mai vechi conform cărora pacienţii beneficiau de o eliberare de durere temporară în urma terapiei fizice constând în unde sonore de frecvenţă înaltă, masaj şi exerciţii active. De vreme ce toate aceste tratamente au tendinţa de a spori alimentarea locală cu sânge, rezultă că nivelurile reduse de oxigen sunt vinovate pentru STM.

Au existat câteva confirmări de laborator în sprijinul acestor ipoteze. Cu mai mult de douăzeci de ani în urmă cei care lucrau în cercetare au descoperit mărturii microscopice ale lipsirii uşoare de oxigen în celulele musculare ale persoanelor care sufereau de dureri de spate. Cu aproximativ zece ani în urmă un grup de cercetători suedezi a raportat dovezi ale nivelurilor reduse de oxigen în muşchii persoanelor suferinde de fibromialgie (fibromialgia este o formă de STM). Într-o a doua lucrare, ei au raportat că blocarea nervilor simpatici (parte a sistemului autonom) din zona muşchilor dureroşi la pacienţii cu fibromialgie ar provoca dispariţia durerii. Blocajul nervului permitea ca alimentarea cu sânge a acelor muşchi să revină la normal.

Cel mai recent studiu publicat de acest grup a descoperit că muşchii dureroşi din partea superioară a umărului (muşchiul trapez) au oxigen mai puţin decât normal când sunt exersaţi. Descrierea stării clinice a pacienţilor studiaţi sugerează că aceştia sufereau de STM.

Pentru că atât de mulţi dintre echivalenţii STM sunt mediaţi prin sistemul autonom, este logic că şi STM va depinde de acelaşi sistem. Această concluzie e întărită de faptul că presiunea mare a sângelui vine şi ea prin activitatea nervoasă autonomă, încă o dovadă că, în multe cazuri, presiunea arterială mare este rezultatul emoţiilor refulate.

Dacă cercetările ar demonstra o altă patologie autonomă a afecţiunilor dureroase, nu aş fi tulburat. Ceea ce este important nu este metoda pe care o utilizează creierul pentru a produce simptome, ci este faptul că tocmai creierul *este* cel care induce simptomele. M-am concentrat asupra ipotezei lipsei de oxigen pentru că ea este cea mai logică dintre cele accesibile şi există dovezi de laborator în sprijinul ei.

De vreme ce modificarea uşoară în alimentarea cu oxigen poate implica muşchi, nervi sau tendoane, un număr mare de simptome se supun acestui diagnostic.

Universalitatea tulburărilor minte-corp

Ca o ironie crudă, cauza celor mai comune tulburări nu este recunoscută sau este respinsă de către furnizorii de servicii medicale. Cele mai multe dintre bolile care ne necăjesc sunt de natură minte-corp. Iată statistici legate de vizitele la medic compilate de Centrul Naţional pentru Statistică în Sănătate din SUA pentru anul 1992:

Dureri de gât 17 milioane
Dureri de spate 14 milioane
Dureri de stomac 12 milioane
Dureri de cap 10 milioane

În experienţa mea, durerile de spate, stomac şi cap sunt aproape întotdeauna induse psihologic. Infecţiile respiratorii superioare sunt influenţate major de factori emoţionali, care fie reduc, fie sporesc eficienţa sistemului imunitar spre a rezista sau a învinge infecţia.

Este important pentru oameni să ştie că procesele fizice induse emoţional sunt normale. Motivul este clar. Suferim cu toţii stresurile şi constrângerile vieţii de fiecare zi, în special dacă încercăm să fim conştiincioşi şi buni. Oamenii „normali" sunt în mod constant sub presiune şi generează mereu mânie-furie inconştientă.

Dacă găsiţi pe cineva care nu a suferit niciodată din cauza acestor afecţiuni comune, înseamnă că aţi găsit persoana rară care nu a avut niciodată un simptom psihosomatic.

Munca lui Candace Pert şi a colegilor ei

O discuţie teoretică şi practică despre manifestările clinice ale fenomenelor minte-corp ar fi incompletă fără menţionarea contribuţiei uriaşe a lui Candace Pert. La sugestia ei am legat cuvintele *minte* şi *corp*. În opinia mea, ea şi colegii ei au făcut cele mai interesante studii în acest domeniu. Este deosebit de important pentru că ea este cercetătoare de laborator, un practician al ştiinţei „tari".

Din câte ştiu eu, grupul ei de cercetare a fost primul care a vorbit despre biochimia emoţiilor.

Substanţele chimice numite neuropeptide au efect asupra unor receptori specifici, fiind într-o relaţie similară cu cea dintre o cheie şi o broască. De exemplu, morfina reduce durerea pentru că ea activează receptorii din corp ce reduc durerea. Există receptori pentru sentimentele de furie, bucurie, foame, durere, plăcere, mâhnire şi pentru toate celelalte emoţii, precum şi pentru reacţiile corpului, cum ar fi apetitul, comportamentul sexual şi hidratarea organismului.

Sistemul limbic din creier (vezi Figurile 1 şi 2) este un sediu important al emoţiilor. Două structuri în sistemul limbic, amigdala şi hipotalamusul, sunt deosebit de bogate în receptori ai neuropeptidelor.

Potrivit dr. Pert, „uimitorul model al distribuţiei neuropeptidelor în zonele creierului care ne reglează stările afective, precum şi rolul lor în comunicarea părţilor din întregul organism fac din neuropeptide candidaţii evidenţi la medierea biochimică a emoţiei".

Neuropeptidele au fost găsite în multe regiuni, cum ar fi splina şi măduva spinării. Monocitele, celule ale sistemului imunitar al corpului, poartă receptori ai neuropeptidelor şi călătoresc prin tot corpul.

Studiul neuropeptidelor şi al receptorilor lor sugerează o reţea în care informaţia de orice fel, inclusiv informaţia emoţională, este pusă în circulaţie prin tot corpul, permiţând organelor şi sistemelor să se influenţeze reciproc. Distincţia dintre creier şi corp este pe cale să dispară, de vreme ce funcţiile despre care se credea că îşi au originile exclusiv în creier sunt găsite acum în altă parte şi viceversa. Insulina, despre care se ştia că este produsă numai în pancreas, este produsă şi depozitată, după cum se ştie acum, inclusiv în creier, unde există o concentraţie mare de receptori ai insulinei plasaţi în sistemul limbic.

Există cercetări excelente şi în mod sigur vor fi şi mai multe. Totuşi, avem încă acea „cutie neagră", acel domeniu misterios care pune atât de multe întrebări. Cum face creierul tot ceea ce face? Care este procesul care ne permite să comunicăm unii cu ceilalţi? Cum gândim? Cum sunt elaborate emoţiile? Cum decide creierul să producă o reacţie psihosomatică şi cum alege localizarea acesteia?

Acestor întrebări probabil că nu le poate răspunde ştiinţa de laborator. Ele ar putea necesita o nouă epistemologie, ceea ce înseamnă un nou mod de gândire şi de studiu al acestor chestiuni. Între timp trebuie să ne descurcăm aşa cum putem, să ne facem observaţiile, să le testăm şi să le folosim, chiar dacă nu putem explica exact felul în care funcţionează. Benjamin Franklin spunea odată: „nici nu este foarte important să cunoaştem Modul în care Natura îşi execută Legile ei; este suficient să cunoaştem chiar Legile".

Având în vedere munca dr. Pert, dacă privim figurile 1 şi 2, putem observa cu uşurinţă cum o emoţie ar putea stimula o tulburare fizică prin intermediul fie al sistemului nervos autonom, fie prin modificarea funcţiei imunitare. Nu este ceva ipotetic. Se întâmplă. Este doar dificil de explicat la un nivel fundamental, la nivelul „cutiei negre."

Vă propun să continuăm acum cu privire asupra acestor tulburări psihosomatice des întâlnite.

PARTEA A DOUA

Manifestările fizice ale tulburărilor minte-corp

3

Introducere în sindromul tensiunii musculare: simptome în regiunea lombară şi în cea a picioarelor

Procesul producător de durere al STM poate implica trei tipuri de ţesuturi: muşchi, nervi şi tendon. Cât despre muşchi, creierul a ales să ţintească numai regiunea cunoscută sub numele de muşchi posturali – muşchii gâtului, umerilor şi ai spatelui. Unii sunt implicaţi mai frecvent decât alţii.

Cum era de aşteptat, atunci când nervii sunt implicaţi, aceştia se găsesc în interiorul şi în jurul muşchilor vizaţi. De exemplu, când muşchii lombari sau ai feselor sunt ţinta, nervii lombari spinali şi/sau sciatici pot fi, de asemenea, implicaţi. STM este imprevizibil: uneori sunt implicaţi numai muşchii; alteori doar nervii.

Orice tendon din corp poate fi o ţintă. Unii sunt mult mai des implicaţi decât alţii. Odată cu apariţia afecţiunilor tensiunii repetitive, avem de-a face cu şi mai multe probleme ale tendonului.

Durerea lombară şi a membrelor inferioare

Statistic, STM apare cel mai adesea în partea inferioară a spatelui; unul sau ambele picioare pot fi implicate în acelaşi timp. Durerea poate veni brusc în timp ce efectuezi o activitate fizică sau gradual, fără un motiv evident. Adesea pacienţii spun că au auzit un pocnet sau un trosnet în momentul declanşării, dar nu am găsit niciodată vreo dovadă a unui deranjament structural care ar putea fi o cauză; apare de obicei când muşchii din partea şalelor (lombari) sunt primii implicaţi. Deşi ai mai făcut respectiva activitate de multe ori înainte, străpungerea bruscă a durerii te face să crezi că tocmai acea activitate este cauza durerii şi că ai fost rănit. Durerea poate fi în muşchi într-una sau în ambele părţi ale zonei lombare şi/sau mai jos, inclusiv în fesierii superiori, ocazional şi în alte părţi decât şoldurile. Implicarea muşchilor lombari poate înclina trunchiul într-o parte.

Durerea lombară poate să fie chinuitoare, sugerând faptul că muşchii suferă un spasm, o contracţie intensă a muşchilor care nu va ceda. Cei mai mulţi oameni au trecut prin aşa ceva cu ocazia cârceilor la picior, de obicei în muşchiul gambei. Cârceii la picioare pot fi înlăturaţi prin întinderea muşchiului implicat. Din nefericire, STM nu poate fi oprit prin întindere, motiv pentru care oamenii care au suferit de dureri lombare se tem foarte mult de o revenire. Spasmele pot persista ore întregi sau pot reveni pentru zile întregi şi pot fi rezolvate cu antinevralgice puternice. Durerea de spate şi fese este rezultatul a

ceva ce se întâmplă în muşchi. Când spasmul a fost întrerupt, poţi continua să ai o durere surdă, ca o arsură sau o presiune. Rigiditatea persistentă face parte din acelaşi sindrom şi poate dura săptămâni sau luni.

Muşchii lombari paraspinali şi cei fesieri sunt implicaţi de obicei în durerea musculară a spatelui şi a feselor. Mai rar, şi muşchii care formează puntea pelvisului, în aria cunoscută ca perineu (între organele genitale, în faţă, şi deschiderea anală, în spate), sunt afectaţi de STM. Acest lucru este de obicei înfricoşător pentru pacient şi greu de explicat pentru doctor, dar nu este cazul să ne facem griji, de vreme ce este o manifestare clasică a STM.

Durerea de picior, de obicei doar la un membru însă ocazional în ambele picioare, poate începe în fesă şi radia în josul laturii externe a coapsei şi piciorului către laba piciorului sau poate coborî pe spatele coapsei şi apoi radia împrejur către genunchi şi tibie şi către vârful piciorului. În unele cazuri durerea radiază către zona inghinală şi în partea superioară a coapsei şi foarte rar către scrot sau vulvă. Există multe şi variate feluri de radiere a durerii: câteodată coapsa sau piciorul întreg este cruţat, iar durerea apare numai în talpă sau în vârful piciorului.

Această largă variabilitate a localizării durerii este caracteristică pentru STM şi este de departe mai bine explicată prin STM decât printr-un diagnostic structural, în plus, la durerea din picior, senzaţiile de amorţeală sau furnicături sunt foarte frecvente, dar şi temute. De fapt, perceperea slăbiciunii în diverse părţi ale piciorului este adesea mai perturbatorie decât înşăşi durerea. Câteodată vedem dovezi concrete ale reducerii forţei musculare – umflătură la genunchi, dificultate la ridicarea părţii anterioare a piciorului (căderea piciorului) sau dificultate în a sta pe vârfuri. Aceste constatări sunt comune pentru STM şi nu sunt motive de îngrijorare. Durerea de picior poate fi ascuţită, surdă, înţepătoare sau ca o arsură şi este adesea intensă; unii pacienţi descriu senzaţii de presiune sau rigiditate.

Deşi durerea lombară şi în regiunea feselor este cauzată de implicarea muşchiului, simptomele din picior constituie rezultatul includerii unuia sau mai multor nervi în procesul patologic. Orice deviaţie de la normal în celulele corpului este numită patologică indiferent că este uşoară sau severă, benignă sau malignă. În cazul STM, procesul este invariabil benign, deşi simptomele pot fi excesiv de severe. Atât de extinsă, de variată şi de intensă poate fi durerea provocată de STM în unele cazuri, încât ar părea imposibil să o atribui unei anormalităţi structurale, cum ar fi hernia de disc. Şi totuşi asta se face de obicei.

Nervii implicaţi în durerea lombară şi de picior

Gândiţi-vă la sistemul nervos ca la o reţea electrică specială: cabluri (fibre nervoase) pleacă din creier, coboară prin măduva spinării şi se conectează cu alte cabluri care merg către muşchi, transmiţând mesaje pentru mişcare. Aceste cabluri sunt cunoscute sub numele de fibre nervoase motorii. Ceea ce este special referitor la sistemul nervos totuşi este faptul că alte fibre nervoase pleacă în direcţia opusă, de la piele, muşchi, articulaţii, tendoane, toate aducând mesaje senzoriale de durere, temperatură, poziţie a părţilor corpului şi multe alte senzaţii, înapoi la creier, astfel ca acesta să ştie despre ce este vorba şi ce trebuie să facă. Acestea se numesc fibre nervoase senzitive. Nervii spinali se desprind din măduva spinării, de la gât în jos către sacrum (la capătul coccisului), şi sunt compuşi atât din fibre motorii, cât şi senzitive, aducând mesaje către şi de la creier.

Este important să cunoaştem relaţia anatomică dintre discurile intervertebrale ale coloanei vertebrale şi nervii spinali care se găsesc în apropierea acestora. Discurile sunt interpuse între vertebrele coloanei pentru a acţiona ca nişte absorbanţi ai şocurilor şi pentru a facilita răsucirea. Astfel, se poate identifica aşezarea unui disc cu ajutorul celor două corpuri vertebrale între care se interpune: între discul lombar 4 şi discul lombar 5 (L4-L5) de exemplu. (Dintre vertebre, şapte sunt cervicale, douăsprezece sunt toracice şi cinci, lombare.)

La orice nivel al coloanei vertebrale, nervii se desprind din măduva spinării, unul pe fiecare parte, trecând pe lângă imul dintre discurile intervertebrale. Nervii spinali lombari 5 trec pe lângă discul L4-L5. Nervii spinali 1 sacrali trec de discul localizat între al cincilea şi ultimul corp vertebral şi sacrum, discul L5-S1.

Această proximitate anatomică este sursa multor necazuri; dacă pacientul are o hernie a discului L4-L5 şi manifestă durere în picior, durerea va fi în mod invariabil pusă pe seama herniei, deşi din experienţa mea aceasta este foarte rar responsabilă. Acest diagnostic se află la baza unui număr foarte mare de intervenţii chirurgicale la nivelul coloanei.

Dacă muşchii lombari sunt ţinta STM, nervii care ar putea fi implicaţi sunt nervii spinali lombari.

De exemplu, să spunem că nervul spinal lombar care deserveşte vintrele, L1, este implicat în procesul STM; este lipsit uşor de oxigen. Nu conţine fibre motorii afectate de STM, dar fibrele senzitive îi spun creierului ce se întâmplă în zona vintrelor. Când fibrele senzitive sunt lipsite de oxigen, o varietate de simptome pot urma, inclusiv durere de toate tipurile, senzaţii de arsură sau presiune, amorţeală sau furnicături. Oricare dintre aceste simptome prezente în vintre şi,

ocazional, în scrot sau vulvă arată că este implicat nervul spinal LI de pe partea dureroasă.

Nervii spinali L2, L3 sau L4 poartă fibre motorii importante către muşchii din partea anterioară a coapsei (cvadriceps). Dacă unul sau mai mulţi dintre aceşti nervi spinali sunt implicaţi în procesul psihosomatic, reflexul tendonului la genunchi (mişcarea reflexă a genunchiului) poate fi slab sau absent. Muşchii cvadriceps ar putea fi slăbiţi, de asemenea. L4 şi L5 activează muşchii ce ridică laba piciorului şi degetele de la picioare, care ajută la evitarea împiedicării în timpul mersului. Slăbirea acestor muşchi are ca rezultat căderea labei piciorului; căderea parţială sau completă a labei piciorului este foarte comună în STM.

Nervii spinali lombari de la 2 până la 5 furnizează activitatea senzorială a părţii anterioare şi a celor laterale ale piciorului. Durerea în partea anterioară şi laterală a coapsei este numită adesea meralgie parestezică, un termen descriptiv, deşi nimeni nu îi cunoaşte cauza. Durerea este în mod destul de clar o manifestare a STM.

Dacă cineva are hernie de disc la cel mai jos nivel – discul L5-S1, care ar putea afecta ŞI, primul nerv spinal sacral – şi are dureri sau alte anomalii senzoriale ce implică partea din faţă a piciorului, se poate presupune că patologia discului nu este responsabilă pentru durere pentru că ŞI serveşte partea din spate a piciorului. Invers, persoanele cu hernie de disc la L4—L5 – ce afectează al cincilea nerv spinal lombar, L5 – au adesea dureri în spatele piciorului, dovedind încă o dată că patologia discului nu este responsabilă pentru durere, de vreme ce spatele piciorului este controlat de nervii spinali S1 şi S2 *şi nu de L5*. STM implică adesea nervii spinali şi este cauza durerii în aceste cazuri.

Aceste contradicţii de diagnostic au fost primele care mi-au sugerat că hernia de disc ar putea să nu fie cauza durerii. În mod ocazional locaţia herniei şi simptomele se vor potrivi. Acest lucru ar putea să fie mai mult decât o coincidenţă, pentru că am ajuns să cred că isteţul creier este la curent cu existenţa herniei şi alege în mod „premeditat” să localizeze simptomele în zona corespunzătoare.

Sciatica

Un alt nerv periferic notoriu este implicat în mod frecvent în durerea de picior de tip STM – cel sciatic. Termenul *sciatică* le este familiar tuturor; deşi doctorii şi pacienţii îl utilizează ca diagnostic, el se referă numai la durerea din picior. Pacienţilor li se spune în mod curent că discul herniat presează nervul sciatic, producând durere. Aceasta este o imposibilitate anatomică. Ceea ce doreşte să spună medicul este că materialul discului herniat presează asupra unuia dintre nervii spinali care trimite o ramificaţie nervului sciatic. Cinci

nervi spinali se leagă prin ramificaţii cu nervul sciatic – L3, L4, L5, S1 şi S2. Logica neurofiziologică sugerează că, deşi continua compresie a unui nerv ar putea fi dureroasă pentru puţină vreme, ea ar avea în scurt timp ca rezultat anularea oricărei senzaţii, pentru că nervul nu ar putea continua să funcţioneze în faţa compresiei persistente. În practică, am descoperit că nervii spinali lombari din zona şalelor şi/ sau însuşi nervul sciatic sunt frecvent implicaţi în procesul STM şi că lipsirea de oxigen şi nu compresia nervului este cea care cauzează simptomele. Acesta este motivul pentru care persoanele cu „sciatică" au dureri în părţi atât de diferite ale piciorului, cu simptome atât de diferite, cu regiuni dureroase schimbându-se dintr-o parte în alta. O anomalie structurală, cum ar fi un disc herniat, nu ar putea produce un astfel de tablou clinic. Mulţi pacienţi cu sciatică nu au nicio anomalie structurală demonstrabilă prin raze X sau observaţii imagistice.

Cum pot fi sigur că STM şi nu discul sau altă anomalie structurală cauzează durerea? De-a lungul multor ani am văzut mii de pacienţi cu anomalii structurale de disc sau de alt tip cărora li s-a spus că aceste schimbări erau responsabile pentru durere. Istoricele lor medicale şi examinarea fizică sugera diagnosticul de STM; au fost trataţi în consecinţă şi starea lor s-a îmbunătăţit de îndată, adesea după săptămâni sau luni de durere distrugătoare.

Condiţionarea pavloviană

Una dintre cele mai importante trăsături clinice ale STM este tendinţa celor care suferă din cauza lui de a dezvolta un tipar specific al durerii, inclusiv la ce oră din zi şi din noapte vor avea durerea, ce activităţi sau poziţii o vor provoca, ce lucruri pot sau nu pot să facă.

Acestea sunt reacţii programate. Ele se dezvoltă în mod automat şi inconştient prin asociere, la fel cum câinele lui Pavlov a învăţat să asocieze prezenţa mâncării cu sunetul clopoţelului. De îndată ce câinii au fost „programaţi", el trebuia numai să sune din clopoţel şi aceştia începeau să saliveze. Fiinţele umane sunt la fel de uşor de programat cum sunt şi animalele. Unele dintre aceste tipare sunt foarte comune, altele sunt bizare. De exemplu, este destul de uimitor faptul că mulţi pacienţi cu durere lombară nu pot să stea aşezaţi fără să aibă dureri intense după numai câteva minute. Unii pot tolera anumite feluri de scaune, dar nu altele. Mulţi nu pot să ia loc într-o maşină, în special în scaunul şoferului. Un alt pacient cu durere în acelaşi loc se va plânge că n-are probleme când e aşezat, însă durerea va începe după ce se ridică şi se mişcă împrejur pentru numai câteva minute. Oricare dintre aceste probleme poate provoca dificultăţi cotidiene unei persoane.

Cineva cu o durere în zona lombară superioară, nicidecum în partea anatomică ce are legătură cu şezutul, se poate plânge de acelaşi lucru.

A devenit clar peste ani că dezvoltarea unui tipar al durerii la pacienţii cu STM este rezultatul condiţionării pavloviene sau, pentru a folosi un cuvânt mai modern, al unei programări. Noi asociem foarte repede şi inconştient aceste activităţi, poziţii şi momente ale zilei şi ale nopţii cu declanşarea durerii. Asemenea câinilor lui Pavlov care asociau sunetul clopoţelului cu prezenţa mâncării, asociem variatele fenomene cu declanşarea durerii.

Câteva tipare frecvente:

1. Te trezeşti simţindu-te destul de bine, dar durerea se înrăutăţeşte pe măsură ce trece timpul; spre seară, abia mai poţi să te mişti.
2. Dimineţile sunt cele mai rele; te străduieşti să ieşi din pat. Un duş fierbinte te face să te simţi un pic mai bine, iar când plec la serviciu parcă te mişti mai bine; pe măsură ce trece ziua te simţi din ce în ce mai bine.
3. Te simţi destul de bine în timpul zilei, dar nopţile sunt groaznice; te scoli din pat de câteva ori pe noapte şi nu găseşti o poziţie confortabilă; să iei pastile toată noaptea este ceva obişnuit.
4. Dormi bine noaptea, dar durerea din timpul zilei este teribilă.
5. În fiecare noapte te trezeşti exact la ora trei cu o durere intensă; poţi să-ţi fixezi ceasul după ea; nu greşeşte niciodată.
6. Ai o camionetă personală şi poţi să o încarci şi să o descarci toată ziua fără nicio durere; totuşi înduri o durere intensă când te apleci deasupra chiuvetei să te bărbiereşti.
7. A sta într-un singur loc aduce invariabil durerea; este groaznic să aştepţi la coadă la supermarket.
8. De îndată ce intri pe terenul de tenis, înainte măcar să loveşti mingea, durerea începe.
9. Practici surfingul, dar nu poţi să te aşezi pe un fotoliu.
10. Nici nu ieşi bine din casă, că durerea începe, dar poţi să joci toată ziua golf fără nicio durere.
11. Eşti în regulă pe un cal, dar ai dureri când urci scările.
12. Poţi să urci un traseu montan timp de două ore fără durere, dar mersul pe asfalt ţi se pare foarte dureros.

Iată un fragment dintr-o scrisoare care descrie foarte bine procesul de programare:

În două luni după completarea programului dumneavoastră, simptomele mele dispăruseră aproape complet. Însă mult mai importantă era dispariţia fricii mele constante de a nu mă răni. Probabil că punctul în care am ştiut că tocmai fusesem „vindecată” a

fost când am găsit curajul să mă urc pe bicicleta medicinală pe care se adunase praful de ani în colţul dormitorului meu. În trecut, de fiecare dată când încercam să o folosesc, chiar şi pentru un minut, spatele meu avea să mă supere zile întregi sau săptămâni după aceea. Niciun chiropractician sau ortoped nu mi-a dat vreodată o explicaţie pentru asta, pentru că puteam să merg cu o bicicletă cu zece viteze (când spatele nu mă deranja aşa de mult) fără nicio problemă, chiar dacă eram aplecată în faţă, în poziţia familiară pe care m-au avertizat să o evit. Dumneavoastră m-aţi învăţat că aversiunea mea faţă de bicicleta medicinală era un răspuns condiţionat, credeam că mă rănisem pe bicicletă cu mult timp în urmă şi anticipam o nouă rănire dacă aş fi încercat din nou.

După câteva săptămâni în care m-am tot îmboldit, privind pe furiş către maşinăria aia antipatică, eram pregătită. Prima oară când am încercat-o, chiar dacă am pedalat numai cinci minute, am ştiut că vechiul coşmar se terminase. La momentul acela, eram aproape convinsă că nimic nu avea să mi se întâmple şi că tot ce aveam de făcut era să o încerc. Desigur, era corect. Am acumulat repede timp şi viteză pe maşină; recunosc că eram atât de captivată de această nou-găsită libertate, încât am devenit un pic fanatică în ce priveşte folosirea ei pentru un timp.

Frica, dezinformarea şi incapacitatea ne domină credinţele despre durerea de spate în aşa măsură, încât nu este de mirare că suntem programaţi să dezvoltăm durerea în asociere cu o varietate largă de fenomene. Când şi cum are loc programarea nu este clar, cu excepţia faptului că se întâmplă foarte curând după ce începe durerea. Programarea este o parte reală şi foarte importantă a tabloului clinic şi ar trebui să fie o sursă de liniştire pentru persoanele cu dureri de spate, pentru că modelul durerii este produsul condiţionării – nu al vreunei boli patologice. Cu alte cuvinte, poziţia şezând nu aduce durerea pentru că acea postură ar fi dăunătoare spatelui. Durerea începe când începe pentru că declanşarea durerii este programată. Din fericire, această programare este reversibilă. Pacienţii mei devin decondiţionaţi după câteva săptămâni de la începerea programului de tratament. Oamenii care se fac bine studiind cărţile mele despre STM sunt decondiţionaţi de cunoştinţele dobândite din cărţi.

Consultaţia medicală pentru pacienţii cu durere lombară şi de picior

Consultaţia începe prin observarea felului în care merge şi stă pacientul. Slăbiciunea într-un picior nu este neobişnuită, aşa că pacientul ar putea solicita mai mult doar un picior. Ocazional, slăbiciunea în muşchii ce ridică piciorul este destul de severă, astfel

încât ea poate fi observată în timpul păşitului. Înclinarea trunchiului într-o parte sau cealaltă este obişnuită când muşchii paraspinali lombari au fost extrem de solicitaţi. A cere pacientului să se aplece din talie este revelator întotdeauna: mulţi pacienţi sunt refractari la această mişcare pentru că le este teamă că durerea ar putea apărea sau pentru că li s-a spus că aplecarea dăunează spatelui. Cât despre cei care doresc să se aplece, majoritatea vor declara că nu mai sunt atât de flexibili ca altădată. Deşi unii se apleacă normal, fără frică sau durere, cei mai mulţi se vor plânge de durere de spate sau de picior la aplecare.

Testarea funcţională a fermităţii muşchilor gleznei şi ai genunchiului se face atunci când pacientul se află în poziţia ridicat. Reflexele tendonului de la genunchi şi gleznă sunt testate în poziţia şezând şi ele dau informaţii despre slăbiciunea motorie din picior.

Protocolul consultaţiei mai cere ca circulaţia în picioare să fie testată prin găsirea pulsului la picior şi gleznă. Se caută zonele dureroase prin palparea tendoanelor din jurul genunchilor şi de-a lungul bandeletei iliotibiale, tendonul lung care traversează întreaga lungime a coapsei laterale şi trece prin spatele proeminenţei osoase de la şold cunoscută ca trohanter. Durerea în acest tendon se întâlneşte la aproximativ 80 la sută dintre pacienţii cu STM, indiferent de localizarea iniţială a durerii (gât, umeri, partea superioară, de mijloc sau inferioară a spatelui). Aşa-numitul test al ridicării drepte a piciorului se face numai pentru a vedea ce poate face pacientul şi dacă aceasta îi provoacă durerea. Eu consider că nu are valoare din punct de vedere al diagnozei.

În poziţia cu faţa în jos, spatele este palpat în întregime pentru ceea ce se numeşte „puncte sensibile”. S-a descoperit că 99 la sută dintre pacienţii cu STM reclamă durere de diferite intensităţi la palparea ambelor părţi (bilaterale) ale feselor superioare laterale, în profunzimea muşchilor paraspinali lombari şi în muşchii trapezoidali superiori (partea superioară a umerilor). Încă o dată, asta se întâmplă indiferent de localizarea majoră a durerii. Ceea ce sugerează cu putere că procesul responsabil pentru durere are originea în sistemul nervos central, în creier.

În sfârşit, se fac teste neurologice adiţionale pentru a determina dacă există structuri nervoase implicate. Identificarea anomaliilor nervoase obiective nu stabileşte diagnosticul; ea permite medicului să discute şi să liniştească pacientul în ceea ce priveşte simptomele sale.

Diagnostice convenţionale pentru durerea de spate inferior şi picior

Trebuie să avem în vedere faptul că o anomalie structurală este considerată în mod curent cauză a durerii atunci când este identificată

cu ajutorul razelor X sau a analizelor imagistice la pacienţii cu STM. Din experienţa mea, pot spune că această anomalie structurală constituie foarte rar sursa durerii.

Diagnosticele se înscriu în două categorii majore:

1. Anomalii structurale ale coloanei, atât dobândite, cât şi congenitale.
2. Afecţiuni dureroase ale muşchilor cu cauză necunoscută.

Anomalii structurale

Osteoartrita degenerativă

Din grupul anomaliilor structurale, modificările coloanei asociate cu îmbătrânirea sunt cele mai comune. Ele sunt numite artroză sau osteoartrită degenerativă a coloanei. Ele încep devreme, în cea de-a doua decadă a vieţii şi sunt de obicei mai avansate în acele părţi ale coloanei care participă cel mai frecvent la activitate – ultimele două vertebre lombare şi mijlocul gâtului. Acest grup include formarea osteofitelor (ciocuri) oriunde pe coloană, cunoscută tehnic ca spondiloză. Se crede acum că modificările cauzate de îmbătrânire în articulaţiile coloanei, identificate ca sindrom al faţetelor articulare, nu sunt însoţite de simptome, deşi au fost tratate ca entitate clinică mulţi ani.

În 1976, doctorii de la Spitalul „Hadassah" din Ierusalim au raportat că nu au găsit diferenţe în ceea ce priveşte incidenţa durerii în partea lombară la persoane cu şi fără osteoartrită la coloană.

Un grup de medici de la Universitatea din Copenhaga a comparat testele cu raze X efectuate la 238 de pacienţi cu durere în partea inferioară a spatelui cu cele ale altor 66 de pacienţi care nu suferiseră de astfel de dureri. Aceştia au constatat că nu existau diferenţe în urma testelor cu raze X ale celor două grupuri cu privire la degenerarea discurilor şi prezenţa spondilozei (ciocuri osoase). Ei au observat că incidenţa acestor schimbări creşte odată cu vârsta, aşa cum e de aşteptat, şi că e vorba despre anomalii normale.

Stenoza spinală

Una dintre cele mai importante modificări legate de vârstă este stenoza spinală, afecţiune tratată frecvent pe cale chirurgicală. Pe măsură ce înaintăm în vârstă, canalul spinal lombar, spaţiul care adăposteşte măduva spinării sau a nervilor spinali, se îngustează progresiv din cauza acumulării ciocurilor osoase. Dacă această afecţiune se întâlneşte la pacientul cu STM şi este însoţită de o durere intensă, se recomandă intervenţia chirurgicală, realizată mai ales când pacientul ajunge într-o stare disperată. Din numărul mare de pacienţi

cu acest diagnostic pe care i-am consultat, îmi amintesc numai unul care avea nevoie de intervenţie chirurgicală. Mai convingător este faptul că atunci când aceşti pacienţi sunt trataţi pentru STM, ei nu vor mai avea dureri, în ciuda prezenţei în continuare a stenozei.

H.L. Rosomoff, neurochirurg, a făcut cunoscut faptul că cele mai multe cazuri de stenoză spinală pot fi tratate nechirugical. Această constatare merită o atenţie specială, având în vedere că el a tratat pacienţi prin metode chirurgicale vreme de mulţi ani.

Cu ocazia primului sondaj de urmărire condus cu pacienţii noştri, cea mai ridicată incidenţă a durerii de spate s-a înscris între vârstele de treizeci şi şaizeci de ani. După vârsta de şaizeci de ani, aceasta a scăzut considerabil. Dacă modificările datorate înaintării în vârstă ar fi responsabile pentru durerea de spate, ne-am aştepta la o creştere a incidenţei odată cu vârsta. În schimb, persoanele aflate în perioada de mijloc a vieţii, anii caracterizaţi de cel mai înalt grad de stres şi de încordare, aveau aceste sindroame dureroase cel mai frecvent, fapt ce sugerează cu tărie că STM şi nu modificările structurale ale coloanei sunt cauza durerii.

Patologia discului intervertebral

În mod statistic, este una dintre cele mai comune modificări cauzate de îmbătrânire şi de departe cea mai problematică implică discurile intervertebrale. Acestea sunt proiectate pentru a fi absorbante ale şocurilor intervertebrale, dar încep să se uzeze foarte devreme. Discul dintre ultima vertebră lombară, L5, şi sacrum este degenerat la majoritatea persoanelor înainte de vârsta de douăzeci de ani. Degenerarea înseamnă că discul poate pierde din substanţă şi poate deveni mai îngust, aducând cele două corpuri vertebrale mai aproape. De asemenea, conţinutul poate scăpa prin ţesutul înconjurător uzat, numit inelul fibros, ducând la – în ordinea gravităţii – o proeminenţă, o alunecare în afară (protruzie) sau o expulzare parţială (extruzie) a conţinutului discului (nucleul pulpos). Protruzia şi extruzia discului sunt cunoscute în mod obişnuit ca „hernie de disc".

Din experienţa mea, am constatat că nici cele mai mari extruzii nu sunt de obicei responsabile pentru durerea continuă, deşi ele ar putea cauza ceva durere când survin pentru prima oară.

Pentru mult timp am fost nedumerit de faptul că localizarea durerii la cineva cu hernie de disc lombară corela câteodată, cu acurateţe, cu localizarea herniei. De exemplu, dacă exista o hernie în vecinătatea primului nerv spinal sacral (ŞI), durerea ar fi putut fi găsită în partea piciorului străbătură de acel nerv. Era uşor de văzut de ce unii ar fi pus durerea pacientului pe seama herniei. Totuşi, persistenţa simptomelor vreme de săptămâni şi luni şi prezenţa semnelor şi simptomelor STM au clarificat faptul că, deşi patologia discului ar fi

putut provoca o oarecare durere iniţial, *ea nu era responsabilă pentru durerea continuă.*

De ce ar alege creierul să sugereze că discul este vinovatul? Răspunsul trebuie găsit într-un studiu al strategiei pe care o foloseşte creierul când creează STM. El va iniţia adesea simptome în timp ce persoana este angajată într-o activitate fizică, cu cât mai viguroasă, cu atât mai bine, pentru a sprijini ideea că activitatea cauzează durerea. În realitate, incidentul fizic este mai degrabă cel care declanşează şi nu cel ce cauzează durerea. Acesta este un concept extrem de important, pentru că eşecul în a-l recunoaşte a ţinut milioane de oameni în robia durerii şi a fricii de activitate fizică.

Hernia de disc, ca accident fizic, este un trăgaci care declanşează STM şi este unul foarte priceput în a face asta. Creierul este conştient de prezenţa anomaliei discului şi astfel alege să localizeze simptomele în locul potrivit. Adesea, el ţinteşte totuşi prea departe şi afectează, de exemplu, prea mult din picior sau mută durerea dintr-o parte în cealaltă. În unele cazuri, durerea este localizată în partea greşită de la bun început.

Dacă această idee pare ciudată, diabolică sau fantezistă, amintiţi-vă scopul sindromului dureros. Este o reacţie ilogică a minţii inconştiente ca răspuns la ceva ce este considerat mult mai periculos decât durerea.

Ce spune literatura medicală despre discurile herniate lombare? Urmează o mică mostră.

Neurochirurgul H.L. Rosomoff a descoperit că herniile de disc lombare sunt responsabile pentru durerea în partea inferioară a spatelui şi în picior în mai puţin de 3 la sută din cazuri şi îşi tratează pacienţii prin metode conservatoare – adică, nechirurgical.

Alf Nachemson, un cercetător recunoscut pe plan mondial al durerii lombare, a afirmat că în majoritatea cazurilor nu se cunoaşte cauza acesteia şi că pacienţii ar trebui trataţi neinvaziv în 98 la sută dintre cazuri.

Un grup de cercetare a făcut cunoscut faptul că a identificat discuri herniate lombare la 108 pacienţi care nu au acuzat dureri de spate. Ei i-au ţinut sub observaţie pe aceştia şi au descoperit că, în decurs de trei ani, 64 la sută dintre pacienţi dezvoltaseră simptome ale nervilor. Cercetătorii au concluzionat că simptomele erau cauzate de hernia originară.

Mă îndoiesc foarte mult de acest lucru şi sugerez că aceşti pacienţi dezvoltaseră STM. Ideea simptomatologiei întârziate este contrazisă de un studiu efectuat de un grup de doctori de la universităţile din Roma şi L'Aquila, care au raportat că 63 la sută dintr-un grup de pacienţi cu discuri lombare herniate testate cu RMN, trataţi nechirurgical, au indicat o ameliorare a herniei cu ocazia repetării testelor RMN după şase până la cincisprezece luni.

Un grup de la Universitatea George Washington a publicat un studiu interesant în revista *Spine,* în 1984. Scanările lombare efectuate prin tomografie computerizată (CT) la pacienţi fără durere în partea inferioară a spatelui au fost revăzute de neuroradiologi care nu cunoşteau istoricul clinic al pacienţilor. Aceştia au descoperit anomalii de disc, stenoză şi alte modificări legate de îmbătrânire la 35,4 la sută din întregul grup de cincizeci şi două de persoane şi la 50 la sută din grupul de peste patruzeci de ani. Acestea sunt anomalii normale şi în cele mai multe cazuri ele nu cauzează nicio durere.

Richard Deyo, John Loeser şi Stanley Bigos de la Universitatea din Washington au raportat că numai 5 până la 10 la sută dintre pacienţii cu discuri lombare herniate au avut nevoie de intervenţii chirurgicale, dar s-a considerat că acestea ar fi necesare dacă hernia este dovedită de investigaţii TE sau RMN, este însoţită de o durere tipică şi de o slăbiciune neurologică şi nu răspunde la şase săptămâni de tratament conservator.

Am descoperit că aceste criterii pentru chirurgie nu sunt demne de încredere, pentru că STM poate produce durere „tipică" şi modificări neurologice şi va persista vreme de săptămâni sau luni dacă nu este diagnosticată şi tratată în mod adecvat.

Un studiu mai recent, unul care a primit foarte multă atenţie în presă, a fost prezentat în *Nerv England Journal of Medicine* de către Maureen Jensen şi colegii ei. Teste RMN lombare au fost efectuate în cazul a nouăzeci şi opt de pacienţi care nu avuseseră antecedente de durere în partea inferioară a spatelui sau la picior. Treizeci şi şase la sută aveau discuri normale la toate nivelurile, 52 la sută aveau un disc proeminent la unul sau mai multe niveluri, 27 la sută aveau o protruzie la un disc şi 1 la sută aveau o extruzie a discului. Concluzia lor: „Descoperirea prin testele RMN a proeminenţelor sau a protruziilor la oameni cu dureri lombare ar putea fi adesea doar o coincidenţă".

În 1987 am efectuat un sondaj de observare a 109 pacienţi cu durere de spate atribuită unui disc herniat. Hernia a fost însoţită în fiecare caz de un test TE. Aceşti pacienţi au fost trataţi din 1984 până în 1986, înainte de apariţia RMN. Totuşi, hernia putea fi stabilită cu acurateţe cu ajutorul scanării TE. Fiecare pacient a fost diagnosticat cu STM pe baza antecedentelor şi a examinării fizice, sugerând faptul că hernia nu era cauza durerii. Ei au participat cu toţii la programul educaţional şi când au fost intervievaţi, la un interval de unu până la trei ani după tratament, 96 (88 la sută) erau fie complet, fie suficient de eliberaţi de durere ca să poată duce o viaţă normală fără restricţii fizice şi fără frică. Unsprezece (10 la sută) aveau o stare îmbunătăţită, dar restricţionată încă sau însoţită de frică într-o oarecare măsură. Două persoane (2 la sută) nu au reuşit să-şi îmbunătăţească starea

medicală.

Pe parcursul anilor în care aceşti pacienţi au fost trataţi, nu am făcut niciun efort pentru a determina dacă pacienţii erau receptivi la ideea că durerea lor era indusă emoţional, deci n-am testat dacă unii pacienţi pur şi simplu nu puteau accepta întreg diagnosticul. Pacienţii care nu pot accepta în întregime cauza psihologică nu se fac bine. În prezent, selectez pacienţii înainte de a-i admite în programul nostru.

Cercetarea medicală caută în mod adecvat dovezi pentru teoriile legate de diagnostic şi noi metode de tratament. Cea mai bună dovadă privind acurateţea diagnosticului STM este aceea că am ajuns în punctul în care peste 90 la sută dintre pacienţii pe care i-am tratat (adesea după ani de durere recurentă, distrugătoare) devin definitiv uşuraţi de orice durere. Nu pot să-mi imaginez o dovadă mai convingătoare că STM este diagnosticul corect. Factorul critic, pentru STM şi pentru orice altă epidemie, este diagnosticul. Atâta timp cât comunitatea medicală continuă să respingă diagnosticul de STM, epidemia va continua.

Iată şi alte diagnostice structurale ce trebuie menţionate, de vreme ce adesea sunt invocate pentru a explica durerea de spate.

Scolioza

Aceasta este o bine-cunoscută anomalie a coloanei în care există o curbură de la un capăt la celălalt, ce implică de obicei cea mai mare parte a coloanei. Cauza acestei anomalii nu a fost determinată niciodată. Începe de obicei în cea de-a doua decadă a vieţii şi este în mod invariabil lipsită de dureri la adolescenţi, deşi curba poate fi destul de severă pentru a cere o intervenţie chirurgicală, în special dacă ea continuă să se înrăutăţească. Găsesc că este un motiv de mirare faptul că scolioza la adulţi este presupusă a fi dureroasă. Pentru că doctorii nu au o explicaţie alternativă pentru durere, logica îşi ia zborul. Tot mai des durerea provocată de STM este atribuită unei anomalii structurale sau unui proces fizic sau mecanic pentru că profesia medicală nu este conştientă de existenţa STM.

Îmi amintesc de o femeie care suferise două proceduri chirurgicale pentru durerea de spate presupusă a fi cauzată de scolioză şi se afla în spital pentru cea de a treia. Înainte de operaţie, ea a fost descoperită de un psiholog din echipă care ştia despre STM şi a sugerat chirurgului că ar putea exista nişte baze psihologice ale durerii în acest caz. În loc să suporte intervenţia respectivă, femeia a intrat în programul nostru. În câteva săptămâni scăpase de durere pentru totdeauna.

Spondilolisteza

Aceasta este o anomalie cu un aspect dramatic în care o vertebră

lombară iese din alinierea cu vertebra subiacentă, alunecând de obicei în partea anterioară. Cazul variază de la uşor la sever. Cauza afecţiunii este misterioasă, însă din experienţa mea ea este lipsită de durere. Am fotografii cu raze X ale unei tinere care nu ştia că dezvoltase această anomalie pentru că nu avea nicio durere. Razele X fuseseră efectuate dintr-un alt motiv, iar spondilolisteza a fost descoperită din întâmplare. Asta nu mă surprinde, pentru că am mai văzut persoane cu spondilolisteză care nu aveau STM.

Sindromul piriform

În profunzimea fesei se află un muşchi, cel piriform, care se află în imediata proximitate a nervului sciatic atunci când acesta trece prin marea scobitură ischiatică în drumul lui spre interiorul piciorului. Nu ştiu unde sau când a fost propus pentru prima oară diagnosticul, dar s-a teoretizat că durerea din fesă era rezultatul compresiei nervului sciatic de către muşchiul piriform. Nu s-a explicat în mod ştiinţific de ce se întâmplă asta sau în ce circumstanţe. În opinia mea, diagnosticul este lipsit de substanţă şi a fost propus numai în absenţa unei explicaţii mai bune pentru durerea fesieră. În mod clar, STM oferă cea mai bună explicaţie pentru o astfel de durere. Diagnosticul de sindrom piriform este un capriciu care pare să dispară treptat.

Osteoartrita şoldului

O altă componentă importantă pe lista anomaliilor structurale acuzate pe nedrept de cauzarea durerii de spate este şoldul artritic. Modificările degenerative în articulaţia şoldului sunt destul de obişnuite şi la fel este şi durerea legată de STM în regiunea feselor. Urmând tiparul obişnuit, durerea este adesea pusă pe seama articulaţiei şoldului şi se efectuează o intervenţie chirurgicală de înlocuire a şoldului chiar şi atunci când degenerarea este relativ uşoară. Am intervenit în unele cazuri înainte de aplicarea metodei chirurgicale şi am tratat durerea pe cale nonchirurgicală. Mai mult, am văzut alte cazuri în care s-a intervenit chirurgical, după care durerea a continuat să existe.

Anomalii congenitale

Se spune că există trei malformaţii spinale congenitale care cauzează durerea de spate: spina bifida ocultă, spondiloza şi vertebra tranziţională. În primele două cazuri o bucată de os lipseşte din coloană, iar în cel de-al treilea, există un os în plus. Cercetătorii Alexander Magora şi Armin Schwartz au descoperit că aceste anomalii erau la fel de comune la persoanele care nu acuză dureri de spate şi la cele cu dureri. Din experienţa mea, acestea nu cauzează dureri de

spate.

Alte diagnostice

Fibromialgia

Boala numită în mod curent fibromialgie (FMS — *fibromyalgic syndrome)* este o manifestare clasică a STM. Termenul este unul dintre multele denumiri date unei tulburări dureroase care este cunoscută din 1904, când a fost pentru prima oară descrisă de Sir William Gowers. Iată o listă parţială a termenilor cu care au fost descrise această tulburare şi altele asemănătoare de-a lungul anilor: fibrozită, fibromiozită, miofibrozită, durere miofascială, reumatism muscular, mialgie cu tensiune musculară, miozită reumatică, miogeloză.

Iată în continuare criteriile de diagnosticare pentru fibromialgie stabilite de Colegiul American de Reumatologie:

1. Antecedente de durere extinsă. Definiţia oficială enumera apoi părţi specifice ale corpului, acoperind aproape întregul trunchi, faţa şi spatele şi părţi ale braţelor şi picioarelor.
2. Durere în unsprezece din optsprezece puncte sensibile la presiunea degetului. Zonele sunt în ambele părţi (bilateral) ale următoarelor nouă regiuni:
   a. Occiput (la baza craniului)
   b. Regiunea cervicală inferioară (ceafa)
   c. Muşchiul trapez (partea superioară a umărului)
   d. Muşchiul supraspinos (în partea superioară a spatelui, lângă omoplat)
   e. A doua coastă (lângă mijlocul pieptului în faţă)
   f. Epicondil lateral (regiunea cotului)
   g. Regiunea gluteală (partea superioară, exterioară a fesei)
   h. Trohanterul mare (în spatele osului proeminent al şoldului)
   i. Genunchi (partea interioară)

Nu este o coincidenţă că am găsit, bilateral, puncte sensibile la presarea cu degetele în trei din cele nouă regiuni la 98 la sută din toţi pacienţii diagnosticaţi cu STM, indiferent de localizarea durerii lor. De exemplu, pacientul se poate plânge de durere de gât şi umăr, pe de o parte, dar va resimţi durere şi la presiunea asupra regiunilor gluteală şi ale şoldului, precum şi în partea superioară a umărului. Deşi nu sunt la fel de frecvente ca acestea trei, mulţi dintre pacienţii mei au, de asemenea, dureri la presiunea exercitată asupra cotului, genunchiului, la baza craniului şi în ceafă.

Structurile dureroase în patru din cele nouă regiuni – baza craniului, zona şoldului, cotul şi genunchiul – sunt tendoane; implicarea tendoanelor este o primă caracteristică a STM.

Eu susţin de mulţi ani că fibromialgia este o formă severă de STM. Similaritatea constatărilor mele cu criteriile Colegiului American de Reumatologie întăreşte concluzia acestui diagnostic.

Pacienţii cu fibromialgie prezintă de obicei şi simptome psihologice. Ei sunt adesea anxioşi şi depresivi, au probleme cu somnul şi suferă din cauza lipsei de energie.

De vreme ce fibromialgia este parte a STM, am consultat şi tratat cu succes mulţi pacienţi care primiseră acel diagnostic înainte să vină la mine. Cele mai multe dintre cazurile mele nu au îndeplinit criteriile legate de diagnostic stabilite de Colegiul American de Reumatologie, dar li s-a spus totuşi că au fibromialgie.

Raportul incidenţei fibromialgiei la femei şi bărbaţi în Statele Unite este de zece la unu. Există milioane de americance care se chinuiesc cu acest diagnostic, pentru că medicii lor le-au spus că nu se cunoaşte cauza fibromialgiei şi că trebuie să înveţe să trăiască cu durerea. O astfel de pacientă a ales recent suicidul asistat.

Clinicienii au întrebat: Este fibromialgia o entitate aparte? Eu cred că ea există numai ca parte a STM şi, astfel, este un proces psihosomatic. Acest lucru explică, desigur, de ce a rămas un diagnostic enigmatic pentru doctori.

Vă propun să aruncăm o privire şi asupra celorlalte tulburări din grup.

Sindromul miofascial dureros şi sindromul articulaţiei temporo-mandibulare

Fibromialgia, sindromul miofacial dureros (SMD) şi sindromul articulaţiei temporo-mandibulare (SAT) sunt discutate adesea împreună în literatura medicală. Eu cred că sunt manifestări diferite ale STM. Ele variază în ce priveşte anatomia, epidemiologia, modelul clinic şi severitatea. A compara fibromialgia şi SMD este interesant şi ilustrativ. Raportul între sexe privitor la ratele îmbolnăvirii este de zece la unu în ce priveşte femeile, la fibromialgie şi doi la unu în ce priveşte bărbaţii, pentru SMD. Fibromialgia produce puncte sensibile peste tot: în partea anterioară şi posterioară a trunchiului, în picioare şi în braţe. La SMD acestea sunt localizate în spate. Pacienţii cu fibromialgie sunt rigizi, obosiţi şi de obicei anxioşi, depresivi, insomniaci. Acestea nu sunt în general valabile şi pentru SMD. Starea persoanei cu fibromialgie se îmbunătăţeşte rar.

Ceea ce au ele în comun este durerea, aceeaşi lipsire uşoară de oxigen şi, la un nivel foarte profund, un profil psihologic similar – adică o furie reprimată.

Sindromul SAT produce o durere în muşchii mandibulei pe care majoritatea dentiştilor o atribuie anomaliilor la articulaţia temporo-mandibulară (a mandibulei). Am descoperit că ceea ce se petrece în

muşchii mandibulei este similar cu procesul STM care afectează spatele. Malformaţiile articulaţiilor reprezintă mai degrabă rezultatul decât cauza simptomelor.

Locul de manifestare a durerii este muşchiul.

Am oferit numai o descriere fugitivă a acestor tulburări, pentru că revizuirea lor exhaustivă depăşeşte competenţa şi scopul acestei cărţi. Ceea ce trebuie afirmat fără echivoc este că acestea sunt psihogene, adică sunt induse de fenomene emoţionale inconştiente. Fibromialgia, SMD şi SAT fac parte din STM. Multitudinea studiilor care au fost efectuate în toată lumea pentru a le înţelege pot numai să identifice detaliile sau consecinţele procesului, nu cauzele lor. Până în acest moment, nimeni nu a proiectat studii pentru a testa ipoteza conform căreia ele sunt de natură psihogenă, deşi unii au flirtat cu ideea. Până să se facă astfel de studii, doctorii nu vor putea ieşi din starea de incertitudine. Succesul constant pe care l-am obţinut în tratarea STM, chiar atunci când a fost diagnosticat iniţial ca fibromialgie, SMD sau SAT ar trebui să fie un punct de reper.

Distrofia simpatică reflexă

Această maladie este caracterizată prin durere, inflamaţii, piele întinsă şi lucitoare şi anomalii osoase care pot fi identificate cu ajutorul razelor X. Ea poate implica unul sau mai multe membre şi tinde să fie extrem de distrugătoare. Se consideră că simptomele şi problemele identificate în consultaţie sunt cauzate de descărcarea excesivă a nervilor simpatici ce are ca rezultat reducerea fluxului sangvin şi lipsirea de oxigen în acea regiune a corpului. Este similar cu ceea ce se întâmplă în cazul STM, dar este mai sever şi implică muşchi, nervi, tendoane, piele şi os.

Următorul studiu de caz este ilustrativ.

O femeie de douăzeci şi opt de ani a început să aibă dureri la ambii umeri şi la ambele braţe în timpul celei de a şasea luni de sarcină. Până în momentul naşterii copilului, durerea devenise mult mai puternică, iar ea era în mod sever afectată. Diagnosticul funcţional a fost cel de distrofie simpatică reflexă, pentru care a primit tratamentul standard cuprinzând terapie fizică şi steroizi, fără nicio îmbunătăţire. Pe durata primului an care a urmat diagnosticului ea a fost într-o psihoterapie de scurtă durată de două ori, fără folos. A apelat la un centru de tratare a durerii cu numai şase luni înainte de consultaţia cu mine, fără a avea un beneficiu vizibil.

Când am consultat-o prima oară, se plângea de dureri severe în umeri, braţe şi partea superioară a spatelui. Se plângea, de asemenea, de slăbiciune severă în umeri şi în braţe, precum şi de slăbiciune, durere şi rigiditate în partea inferioară a spatelui, în fese şi genunchi. Putea să suporte chiar şi cea mai uşoară dintre activităţile fizice

pentru numai treizeci de minute, după care trebuia să se odihnească timp de treizeci până la patruzeci şi cinci de minute. În mod clar, nu era capabilă să funcţioneze ca mamă şi casnică. În adolescenţă, avusese o afecţiune a intestinului subţire, astm şi febra fânului.

Examenul neurologic n-a scos la iveală nimic anormal. Aria de mişcare îi era limitată la ambii umeri; apărea durere la apăsarea cu degetele în partea superioară a ambilor umeri, în latura exterioară a ambelor fese şi pe părţile ambelor coapse *(boudeletele iliotibiale)*.

Antecedentele şi examinarea fizică sugerau două diagnostice: STM şi durere regională psihogenă (vezi la Capitolul 2).

Ea a participat la programul nostru educaţional şi a început imediat psihoterapia de grup şi individuală. A înţeles repede conceptele legate de diagnostic, dar progresul în psihoterapie a fost lent. Totuşi, după opt luni de la începerea lucrului cu echipa noastră, a început să-şi îngrijească copilul, chiar dacă într-o măsură limitată. După douăsprezece luni în program a fost capabilă să stea în picioare până la cinci ore şi după şaisprezece luni devenise funcţională pentru jumătate de zi. Starea ei a continuat să se îmbunătăţească încet, dar sigur, devenind în final o mamă şi o casnică cu normă întreagă. Mai mult, a reînceput să practice tenisul şi schiul şi, după o recuperare psihologică şi fizică completă, a fost pregătită să aibă cel de-al doilea copil.

Acest deznodământ nu ar fi fost posibil fără un diagnostic corect şi o psihoterapie eficientă, ambele având o importanţă crucială. Simptomele ei erau în mod clar psihogene. Factorii emoţionali puternici pot induce descărcări patologice ale nervilor simpatici.

Sindromul post-polio

În ultimii ani, un sindrom numit post-polio a primit foarte multă atenţie. Se referă la oamenii care au rămas cu o slăbiciune în picior în urma îmbolnăvirii cu poliomielită în copilărie, şi care suferă de o creştere a slăbiciunii musculare pe măsură ce înaintează în vârstă, împreună cu durere în fese şi picioare. Slăbiciunea sporită a fost documentată din punct de vedere medical cu ani în urmă ca un fenomen frecvent la oamenii care au avut poliomielită. Durerea este un fenomen nou, de unde şi crearea unui nou sindrom. La pacienţii pe care i-am consultat şi care aveau această problemă, durerea este cauzată de STM, fără îndoială produsă de frică şi frustrare, asociate cu o slăbiciune musculară tot mai vădită. Durerea nu face parte din poliomielită.

Iată un alt exemplu de eşec în a recunoaşte prezenţa STM şi de inventare a unei noi entităţi clinice. Cu treizeci de ani în urmă am lucrat cu mulţi pacienţi post-polio care se confruntau cu situaţia neplăcută a creşterii slăbiciunii. STM nu era în vogă în momentul

acela aşa cum este acum şi ei nu aveau dureri însoţitoare – aşa că nu exista un sindrom post-polio. Am încercat să-i ajut să se adapteze la pierderea forţei, uneori cu dispozitive de asistenţă, însă întotdeauna cu foarte mult sprijin şi consiliere.

Mialgie cu stări tensionate

Acest diagnostic a fost iniţiat la Clinica Mayo de aproape cincizeci de ani. El se referă la durerea musculară (mialgie). De vreme ce cuvântul *tensiune* este utilizat aici pentru a face referire la tensiunea psihologică mai degrabă decât musculară, acesta ar părea să fie un diagnostic lămuritor. Totuşi, următorul fragment dintr-o lucrare publicată în *Mayo Clinic Proceedings* de către Jeffrey Thompson spune mai multe (sublinierile îmi aparţin):

„Cuvântul tensiune sugerează că tensiunea psihologică sau stresul ar putea juca un rol important. Când diagnosticul este prezentat în acest fel, pacienţii sunt mai dispuşi să accepte posibilitatea influenţelor psihologice asupra afecţiunilor dureroase musculare şi este mai probabil că vor face paşii necesari pentru a le analiza. În acelaşi timp, medicul recunoaşte că *tulburarea psihologică nu este cauza primară."*

Declaraţia poate suna contradictoriu, dar nu este. Doctorul spune că factorii psihologici agravează durerea, nu o cauzează, ceea ce ne conduce chiar în centrul epidemiei de afecţiuni dureroase care a acoperit Statele Unite în prezent. În cazul fibromialgiei, a mialgiei cu stări tensionate şi a altor entităţi de diagnostice similare, medicina contemporană poate admite că factorii psihologici joacă un „rol major", dar nu poate accepta ideea că aceştia constituie cauza primară. În esenţă, sunt lăsate fără un diagnostic, de vreme ce psihologia, în opinia lor, nu face decât să agraveze problema.

Un alt punct interesant: autorul afirmă că atunci „când diagnosticul este prezentat în acest fel, pacienţii sunt mai dispuşi să accepte posibilitatea influenţelor psihologice asupra afecţiunilor dureroase musculare şi este mai probabil că vor face paşii necesari pentru a le analiza".

Paşii necesari pentru analiza factorilor psihologici ar elimina doar acea porţie de durere care a fost înrăutăţită de factorii psihologici. Durerea care se află la bază ar continua, de vreme ce pacienţii nu vindecă în primul rând cauza primară.

Trebuie să mărturisesc că încerc o tristeţe profundă în faţa acestei confuzii şi incapacităţi totale a medicinei de a trata problemele de durere. Medicii sunt cu totul legaţi de ideea că „tulburarea psihologică nu este cauza primară". Într-adevăr, nu este o tulburare psihologică; este starea noastră normală. Suntem cu toţii programaţi să reacţionăm la tensiunile interioare cu simptome fizice. Eşecul de a recunoaşte acest fapt naşte epidemii.

Tratamentul convenţional al durerii lombare şi a piciorului

Tratamentul variază într-o oarecare măsură în funcţie de diagnosticul structural. De exemplu, dacă diagnosticul de hernie de disc se face pe baza rezultatelor tomografiei computerizate (TE) sau a RMN şi dacă durerea pacientului este severă, intervenţia chirurgicală este adesea recomandată, chiar dacă nu există alterări neurologice în picior. Dacă modificările neurologice sunt prezente, intervenţia chirurgicală va fi recomandată aproape cu siguranţă. Acelaşi lucru este adevărat atunci când durerea este atribuită celorlalte diagnostice structurale pe care tocmai le-am descris.

Un bărbat mi-a scris: „Căderea piciorului a dispărut, aşa cum mi-aţi spus că se va întâmpla, în ciuda faptului că fusesem sfătuit să accept intervenţia chirurgicală de către doi chirurgi eminenţi." Altul a scris: „Mi s-a spus că nu pot să fug de ea [durerea de spate şi picior], că trebuie să suport intervenţia chirurgicală. Ei bine, nu am fugit; am asistat, în schimb, la două dintre cursurile dumneavoastră şi de atunci am scăpat de durere" [scrisoarea e veche de şapte ani].

Dacă chirurgia nu va fi recomandată pacienţilor cu durere acută, reţeta va fi odihna la pat şi, aproape inevitabil, medicamentele antiinflamatorii, cu sau fără steroizi (medicamente de tipul cortizonului). Cel din urmă poate fi administrat ca o injecţie epidurală (la baza coloanei). Dacă după două sau trei săptămâni de stat la pat durerea persistă, se prescrie de obicei fizioterapie, care se poate derula vreme de multe săptămâni sau luni.

Care este starea acestor pacienţi trei sau patru luni mai târziu? Durerea continuă; sunt îngrijoraţi, supăraţi, înfricoşaţi, incapabili să se angajeze în activităţile lor fizice obişnuite şi pe punctul de a cădea în depresie. Ei consultă adesea diferiţi medici convenţionali cum ar fi ortopezi, neurologi, fizioterapeuţi, reumatologi sau specialişti în medicină sportivă, dar fără niciun rezultat.

În acest moment, ei încep să încerce ceea ce medicina tradiţională numeşte medicină „neconvenţională" şi ce alţii au identificat ca fiind medicină „holistică" sau „alternativă". Asta înseamnă consultarea unui chiropractician, osteolog, acupuncturist, maseur, nutriţionist, naturist, specialist în exerciţii şi aşa mai departe. Aceştia pot fi de ajutor, însă o parte din durere persistă, iar avertismentul de a avea grijă în timpul unor activităţi cum sunt alergarea, sporturile sau ridicarea greutăţilor înseamnă că pacienţii rămân nefericiţi, îngrijoraţi şi parţial handicapaţi.

Neglijând diagnosticul convenţional, persoanele cu durere cronică în partea lombară şi a piciorului sunt de obicei temătoare şi afectate de diverse handicapuri. Fiindu-le frică de durere, ele evită multe activităţi fizice pentru a nu se răni. Au grijă la fiecare mişcare,

folosesc adesea corsete lombare şi perne speciale când se aşază sau stau întinse în pat. Le este frică să se aplece, să ridice ceva, să-şi încrucişeze picioarele, să se întindă pe burtă, să înoate craul sau bras, pentru că au fost învăţate că arcuirea spatelui provoacă durere. Li se spune că un picior scurt şi laba piciorului plată cauzează durere de spate, la fel ca şi musculatura abdominală slabă. Li se spune că muşchii puternici la stomac te protejează de durere şi că alergarea nu este bună pentru spate. (Dacă ar fi adevărat, cum ar fi putut *Homo sapiens* să supravieţuiască mii de ani, trăind în sălbăticie?) Ei cred că o saltea tare este cea mai bună pentru dormit. Vieţile lor sunt dominate de afecţiunea coloanei; durerea este adesea ultimul lucru pe care-l au în minte înainte adoarmă noaptea şi primul la care se gândesc când se trezesc dimineaţa. Se îneacă într-o mare a dezinformării.

Este izbitor cât de des pacienţii se plâng că au încercat toate tratamentele posibile şi au cheltuit o mulţime de bani în acest proces. Mulţi îmi spun cu sinceritate că au venit la mine pentru că nimic altceva nu a funcţionat. Obişnuiesc să consult cele mai persistente cazuri, oameni care au avut episoade recurente vreme de zece, douăzeci şi treizeci de ani. Se poate ca o dată pe lună să consult un pacient care nu a vizitat un alt doctor; totuşi, cei mai mulţi pacienţi suferă invariabil de episoade de durere recurentă de mulţi ani şi au fost dezamăgiţi de toate tratamentele pe care le-au încercat.

Medicina a început să recunoască încetul cu încetul că factorii psihosociali joacă un rol în epidemia de durere de spate care loveşte în prezent lumea industrializată. Un studiu publicat în jurnalul *Spine* în 1991 de Stanley Bigos împreună cu un grup mare de colaboratori de la Universitatea din Washington a identificat factorii psihologici ca fiind mult mai importanţi decât cei fizici în a prezice cine se va plânge de o vătămare a spatelui specifică societăţii industriale.

În Finlanda, un grup mare de investigatori a descoperit că pacienţii cu dureri de spate care au fost sfătuiţi să-şi continue activităţile obişnuite, fără odihnă la pat pentru două zile sau „exerciţii de mobilizare a spatelui”, au avut din punct de vedere statistic un rezultat mai bun în ce priveşte durata durerii, intensitatea acesteia, capacitatea de aplecare a spatelui şi de muncă.

Medicina tradiţională încă nu este conştientă de natura procesului minte-corp care iniţiază durerea de spate, însă poate că aceste studii, la limita psihologiei, vor determina o atitudine mai deschisă.

4

Manifestări în partea superioară a spatelui, la gât, umeri şi braţe

Undeva între 60 şi 65 la sută dintre persoanele care suferă de STM au simptome în partea inferioară a spatelui şi/sau la picioare. Cea mai mare parte dintre aceştia mărturisesc că suferă în prezent sau au suferit în trecut de simptome mai mult sau mai puţin grave la gât sau la umeri. Acest lucru nu este surprinzător, de vreme ce gâtul şi umerii ocupă locul al doilea în topul celor mai frecvente localizări ale STM; este centrul major al durerii la 20-25 la sută din populaţia cu STM. STM poate implica diverse localizări pe tot spatele; el tinde să-şi modifice localizarea chiar şi în timpul aceluiaşi episod. Totuşi, creierul trebuie, se pare, să creeze o singură localizare importantă la un episod dureros, deci dacă nu este în partea lombară, ar putea fi la gât sau la umăr.

Cel mai implicat în această zonă este muşchiul trapez superior, care se întinde de la ceafă în jos spre umeri. Întregul trapez superior poate fi dureros sau numai o parte a acestuia. Cât despre durerea din partea lombară, oamenii spun adesea că au desfăşurat o activitate solicitantă chiar înainte de declanşarea durerii. În multe cazuri ea vine încet sau este acolo când te trezeşti de dimineaţă. Durerea la nivelul trapezului poate să fie la fel de distrugătoare cum este cea lombară, în special dacă există simptome în braţ şi mână. Când durerea este relativ uşoară, pacienţii povestesc că muşchii sunt tensionaţi. Oamenii au tendinţa să asocieze senzaţiile din zona gâtului cu tensiunea nervoasă. Ei nu prea fac asta când vine vorba de durerea din partea lombară.

Alţi muşchi din apropierea omoplaţilor pot fi implicaţi, însă mult mai rar decât muşchiul trapez superior.

Afectarea nervului cervical

La fel cum se întâmplă în cazul durerii lombare, durerea de gât şi umeri poate radia în braţ şi mână, împreună cu senzaţii de amorţeală, furnicături şi slăbiciune. Reflexele tendoanelor pot fi reduse sau absente şi se poate instala o slăbiciune evidentă a muşchilor. Structurile nervoase responsabile pentru aceste simptome sunt nervii spinali cervicali şi/sau plexul brahial la care ajung nervii spinali cervicali C5, C6, C7 şi C8 şi nervul spinal toracic TI. Plexul brahial se divide în toţi nervii periferici care servesc braţul şi mâna, cum ar fi cei

radial, median şi ulnar. Această importantă grupare de nervi (plexus) este localizată adânc în zona de sub muşchiul trapez superior. Ea nu poate fi atinsă prin presarea asupra muşchiului trapez superior, dar este implicată frecvent când STM afectează acest muşchi, ceea ce înseamnă că părţi din plex vor fi slab oxigenate. Este caracteristic pentru STM ca atunci când o structură nervoasă mare cum ar fi nervul sciatic sau plexul brahial este implicată, numai părţi din aceasta să fie afectate. Acesta este motivul pentru care sciatica nu reprezintă un singur simptom. Diferitele părţi ale piciorului – anterioare, posterioare, laterale – pot fi afectate. Durerea îşi poate schimba localizarea, afectând coapsa, dar nu şi piciorul; poate implica numai partea de sus sau doar cea de jos a piciorului. Acelaşi lucru este adevărat şi pentru plexul brahial, astfel încât câteodată există durere numai în jurul umărului şi în partea superioară a braţului sau în părţi diferite ale braţului şi mâinii. Am văzut în cabinetul meu toate variantele imaginabile. Acest lucru nu ar fi putut avea loc în situaţia în care cauza durerii ar fi o tulburare structurală.

În rare ocazii am întâlnit o slăbire a muşchiului care menţine scapula (omoplatul) şi care ar provoca o deplasare în afară a omoplatului. Acest muşchi este controlat de nervul toracic lung, care primeşte ramificaţii de la nervii spinali cervicali C5 şi C6. STM poate afecta fie nervii spinali, fie nervul toracic lung.

STM şi nervii cranieni

Două afecţiuni misterioase au dat bătaie de cap diagnosticienilor timp de mulţi ani. Acestea sunt cunoscute ca paralizia Bell (facială periferică) şi nevralgia de trigemen şi implică doi dintre cei douăsprezece aşa-numiţi nervi cranieni. Aceştia apar în trunchiul cerebral, secţiunea sistemului nervos central aflată sub creier şi deasupra măduvei spinării şi deservesc capul şi organele specializate ale acestuia, ochii, urechile, gura şi gâtul. Ei transmit instrucţiuni legate de mişcare de la creier, purtând înapoi informaţii senzoriale şi furnizând organelor speciale o legătură cu creierul.

Cel de-al cincilea nerv cranian (trigemen) este un nerv pur senzitiv, ce transmite senzaţiile dinspre faţă şi dinţi. Este recunoscut de mulţi ani ca fiind sursa durerii chinuitoare de faţă şi de dinţi; afecţiunea este numită „nevralgie de trigemen sau tic dureros”. Nimeni nu a putut să o explice vreodată.

Cu câţiva ani în urmă am suferit un episod de durere a nervului dental care nu putea fi explicat. După ce îndurasem vreme de câteva luni, m-am uitat într-o zi la nişte desene anatomice ale sistemului nervos cu nişte pacienţi, când am dat peste o descriere deosebit de vie

a inervaţiei spre dinţi, ramificate din cel de-al cincilea nerv, şi m-am întrebat imediat dacă durerea dentală n-ar putea fi un STM al nervului trigemen. Am ajuns la concluzia că asta era – iar durerea a dispărut în mai puţin de patruzeci şi opt de ore. Acesta este un exemplu privind puterea terapeutică a conştientizării, aşa cum va fi ea descrisă în Partea a III-a a acestei cărţi.

Pentru că sunt cunoscut ca specialist în probleme legate de spate, nu sunt solicitat în general de persoane cu dureri faciale. Totuşi, împrejurările au adus recent un astfel de caz în atenţia mea. Din fericire pentru pacient, povestea lui era extrem de sugestivă. Se afla în mijlocul unui proces de divorţ care luase o întorsătură urâtă. Acest lucru era deosebit de supărător pentru el, care ura şi evita asiduu conflictul. În timpul procesului a început durerea facială.

Mai devreme în această secţiune am discutat cum oamenii cu STM se „programează" şi pot avea simptome în momente ciudate. Acest bărbat avea dureri faciale când se întindea în anumite poziţii sau era angajat în activităţi care nu ar fi putut să aibă nimic de-a face cu funcţia celui de-al cincilea nerv.

Norocul a fost că s-a arătat deschis la sugestia că evenimentele foarte neplăcute îl înfuriaseră în interior şi erau sursa durerii sale. Durerea a dispărut cu promptitudine.

O enumerare ce conţine două cazuri nu este impresionantă şi nici nu constituie o dovadă concludentă în ceea ce priveşte cauza psihogenă a acestor tulburări, într-o zi poate vom avea instrumentul de cercetare pentru a demonstra că lipsirea locală de oxigen în nervii al cincilea şi al şaptelea se află probabil la baza acestor afecţiuni misterioase.

Cel de-al şaptelea nerv cranian, în contrast cu al cincilea, este un nerv pur motor ce serveşte muşchii feţei (unul pe fiecare parte). Disfuncţia acestui nerv provoacă înfăţişarea specifică celor ce suferă de paralizia Bell, cu pierderea ridurilor de pe frunte, incapacitatea de a închide pleoapa şi căderea feţei şi a buzelor pe partea afectată a feţei.

Nu am văzut niciodată un pacient cu paralizia Bell, dar cartea monumentală a lui Graeme Taylor despre medicina psihosomatică conţine o frumoasă poveste a unui caz. Unul dintre pacienţii doctorului Taylor a dezvoltat paralizia Bell când dr. Taylor a întrerupt psihoterapia. Cred că pacientul era înfuriat în mod inconştient pentru că fusese abandonat şi, asemenea unei persoane cu STM, a dezvoltat o afecţiune fizică pentru a preveni ca furia să devină conştientă. Paralizia Bell este foarte probabil rezultatul privaţiunii de oxigen a celui de-al şaptelea nerv cranian. (Acest caz este discutat mai departe în anexă.)

Osteoartrita şi „nervul ciupit”

Când durerea apare strict în muşchii gâtului şi umărului, ea poate fi atribuită unei tensiuni. Dacă apar simptome la braţ sau mână, radiografia, scanarea CT sau RMN indică în mod invariabil o anomalie structurală. Ciocurile osoase (osteofitele) sunt ceva obişnuit şi pot îngusta deschiderile prin care ies nervii spinali (orificii intervertebrale). Totuşi, una dintre aceste deschideri ar trebui să fie realmente astupată înainte să provoace probleme cu nervul care iese prin ea. În ciuda acestui fapt, doctorii continuă să afirme că nervul este „ciupit” şi îi atribuie durerea de braţ şi mână. Cât despre partea inferioară a spatelui şi picior, la examinarea fizică se pot găsi adesea modificări neurologice care nu sunt corelate din punct de vedere anatomic cu zona de apariţie a ciocului osos. Ca şi în cazul piciorului, simptomele sunt cauzate de STM, şi nu de ciocul osos.

Şi în acest caz, literatura medicală sprijină observaţia că anomaliile structurale constituie foarte rar cauza durerii. Un studiu publicat în 1986 de către cercetătorii de la Collège of Wisconsin demonstra că modificările degenerative (osteoartrita) la nivelul gâtului, incluzând aici formaţiunile osoase în formă de ciocuri, îngustarea spaţiului intervertebral şi scleroza în plăci, sunt modificări obişnuite, mai ales odată cu înaintarea în vârstă şi foarte adesea nu sunt însoţite de durere.

Din experienţa mea, STM este responsabil pentru durere în cele mai multe cazuri, şi nu anomaliile structurale.

Traumatismul cervical

O altă problemă în această zonă este cunoscută sub denumirea de traumatism cervical. Scenariul obişnuit este acela în care maşina îţi este lovită din spate, capul are o mişcare bruscă înapoi şi cândva în orele sau zilele care urmează începe să te doară gâtul. Asta se traduce printr-un episod în regiunea lombară cu durere acută într-unul sau în ambele braţe, la spate sau chiar în regiunea lombară şi prin săptămâni sau luni de tratament. Radiografia iese normală, nu există nicio deteriorare structurală şi orice tensiune sau luxaţie implicată ar trebui să se vindece în cel mult câteva săptămâni. Simptomele persistă pentru că mintea a profitat de ocazia micului accident, pentru a iniţia un STM.

Iată situaţia pe care o întâlnesc la nesfârşit în cazul STM: incidentele fizice, cum ar fi accidentul auto, o alunecare sau o cădere, efectuarea de efort fizic, practicarea unui sport şi mişcările repetitive de la

serviciu sunt folosite de creier ca scuze pentru a declanşa STM. Aceste incidente sunt factori care declanşează sindromul, şi nu cauze şi trebuie identificare ca atare. Organismul nostru dispune de mecanisme de vindecare incredibile care au evoluat pe parcursul a milioane de ani. Indiferent cât sunt de grave, rănile se vindecă. Durerea continuă este întotdeauna un semnal că a început STM. Gândiţi-vă că o fractură a celui mai mare os din corp, femurul (osul coapsei), are nevoie de şase săptămâni pentru a se vindeca, iar locul vătămat va fi mai puternic decât a fost înainte de fractură.

O confirmare importantă a ideii că traumatismele cervicale fac parte din STM am găsit în secţiunea rezervată ştiinţei medicale din *New York Times,* într-un articol publicat pe 7 mai 1996, intitulat „într-o singură ţară, traumatismul cervical cronic nu este compensat (şi nici cunoscut)".

Citând un articol din jurnalul medical britanic *Lancet,* reporterul nota că în Lituania nu se auzise de traumatismul cervical, în timp ce în Norvegia acesta căpătase proporţii epidemice. Dr. Harald Schrader, un neurolog de la spitalul universitar din Trondheim şi coordonatorul grupului de cercetare, a fost citat declarând că exista „o explozie de traumatisme cervicale cronice în Norvegia", căci s-au înregistrat „într-o ţară cu 4,2 milioane de locuitori 70 000 de cazuri de persoane care simt că au dizabilităţi cronice din cauza traumatismului cervical". La un moment dat, el a spus: „Este o isterie în masă". Dr. Schrader şi echipa lui s-au deplasat în Lituania şi s-au documentat pentru a afla de ce traumatismul cervical este necunoscut în acea ţară.

Aceasta este o confirmare a naturii psihogene a traumatismului cervical. De vreme ce doctorii norvegieni nu ştiu nimic despre existenţa STM, ei concluzionează că pacienţii sunt motivaţi de dorinţa de a fi compensaţi pentru vătămare, deşi ar putea să nu fie vorba despre niciun fel de rănire. Acest lucru este cunoscut ca un beneficiu secundar. Ceea ce face ca situaţia să fie confuză este faptul că aceşti pacienţi au dureri reale; ei nu se prefac că îi doare pentru a obţine bani. Ceea ce suferă ei se cheamă STM. Însă nici ei, nici doctorii lor nu cunosc adevărata natură a procesului, deci doctorii cred că pacienţii mint sau exagerează, iar pacienţii sunt indignaţi de această sugestie. Articolul din *Times* spunea că atunci când au fost publicate rezultatele studiului în Norvegia, liderul organizaţiei pacienţilor cu traumatisme cervicale a ameninţat că-l va acţiona în justiţie pe doctorul care a condus studiul. Ceea ce nu este de mirare.

Acest raport ilustrează, de asemenea, puterea de „contagiune socială" în cazul tulburărilor psihosomatice. Oamenii vor alege în mod inconştient simptome care sunt la modă şi care sunt considerate tulburări fizice legitime de către doctorii lor, motiv pentru care sindroamele de durere de gât şi spate au proporţii epidemice în

prezent, în cea mai mare parte a lumii occidentale.

Aceasta este o problemă de sănătate publică înfricoşătoare, pentru că nici medicii, nici pacienţii nu cunosc natura tulburării. Până când medicina convenţională nu va lua în considerare ideea că emoţiile induc simptome fizice, această problemă va persista.

Hernia de disc cervicală

La fel ca în afecţiunile lombare, unul dintre cele mai comune diagnostice legate de zona cervicală este hernia de disc. În ciuda unei apropieri mai mari a discului herniat de măduva spinării din gât, apar tot mai multe dovezi că astfel de herniaţii ar putea să nu fie periculoase şi pot fi tratate de o manieră conservatoare (nonchirurgicală).

Aceasta este o veste bună, pentru că munca mea indică faptul că, la fel ca în problemele lombare, hernia nu este responsabilă pentru durerea sau simptomele neurologice din braţe, ci STM este vinovatul.

Încă de acum patruzeci de ani căutau dovezi că anomaliile structurale în regiunea coloanei cervicale cauzează rar simptome. Donald McRae, de la Institutul Neurologic din Montreal, a publicat o lucrare în 1956 în care spunea că orice persoană care are vârsta de peste treizeci de ani poate avea hernie de disc în zona gâtului fără să aibă simptome.

Nouăsprezece ani mai târziu, Allan Fox şi colegii săi de la Centrul Medical al Universităţii din New York au anunţat că au găsit anomalii de mari dimensiuni (cum ar fi tumorile) în coloana cervicală, care nu produc niciun fel de simptom. Ca rezultat al acestor descoperiri, ei au avertizat în legătură cu atribuirea durerii ciocurilor osoase sau discurilor herniate.

Mai recent, Joel Saal şi câţiva colegi au vorbit despre succesul tratamentului nonchirurgical aplicat unui număr de douăzeci şi patru de pacienţi cu discuri herniate cervicale şi cu dureri în braţ. Niciunul dintre pacienţi n-a suferit vreo înrăutăţire a simptomelor neurologice din braţ şi majoritatea şi-au reluat activităţile fizice normale. Un studiu similar a fost publicat de Keith Bush şi colegii săi la Londra în 1996.

Îmi este cunoscută „nevinovăţia" discului intervertebral de ani de zile, dar nu am putut să-mi fac cunoscute descoperirile decât în cărţile mele. Un studiu ce descria vindecarea unui procent de 88 la sută dintr-un grup de pacienţi cu STM care aveau hernie de disc lombară a fost respins de şapte reviste medicale.

Sindromul de apertură toracică

Unul dintre diagnosticele stabilite în mod ocazional când cineva are

dureri în umăr şi braţ este sindromul de apertură toracică. Spaţiul traversat de vena care merge în braţ este cunoscut ca apertură toracică. Acest spaţiu poate fi îngustat de o coastă în plus, dar acest lucru este foarte rar. În absenţa unei coaste în plus, doctorii emit ipoteza că muşchii din umăr comprimă vasul de sânge şi cauzează durerea din braţ. Nu există nicio dovadă că acest lucru se întâmplă. A nu se confunda această explicaţie cu ceea ce se întâmplă în cazul STM, când fluxul sangvin este redus în miile de vase micuţe (arteriole) care irigă muşchii şi nervii, ceea ce are ca rezultat privarea uşoară de oxigen. Când asta se întâmplă în umăr, apare o durere musculară locală şi simptome neurologice în braţ şi mână din cauza afectării nervilor care merg spre aceste părţi. Este ceva foarte diferit de ceea ce se numeşte sindromul de apertură toracică.

Bolile tensiunii repetitive (RSI)

La fel ca în cazul problemelor ivite în zona lombară, diagnosticarea greşită şi tratamentul eronat au făcut ca bolile tensiunii repetitive (RSI) să ia proporţii epidemice. În 1993 s-a estimat că RSI *(repetitive stress injury)* costa America corporativă douăzeci de miliarde de dolari pe an şi era responsabilă pentru 56 la sută din bolile profesionale. Sindromul canalului carpian, unul dintre componentele proeminente ale RSI, era responsabil pentru o creştere cu 467 de procente a dizabilităţilor în Statele Unite între 1989 şi 1994. Analiştii din domeniu sunt conştienţi că problema a continuat să se accentueze şi după 1994.

După cum implică termenul, simptomele sunt atribuite sarcinilor repetitive, cum ar fi lucrul la tastatura unui computer. În multe cazuri, afectarea muşchiului, nervului şi tendonului sunt combinate cu simptomele în regiunile gât, umeri, braţe şi mâini, adesea bilateral. Pacienţii se plâng de durere, amorţeală, furnicături şi slăbiciune, provocate invariabil sau agravate de sarcinile de lucru. În multe cazuri sindromul canalului carpian este diagnosticul primar. Durerea, amorţeala şi furnicăturile implică mâna şi sunt puse pe seama compresiei nervului median de către ligamentul încheieturii mâinii. Totuşi, un expert în problemă a sugerat că manifestările afecţiunilor sunt explicate mai bine de un fel de anomalie vasculară minoră tipică pentru STM.

Iată câteva istorice clinice ale unor persoane afectate de RSI:

„Durere intensă în ambele braţe, uneori mai uşoară, dar care nu dispare niciodată, deci nu pot să-mi îndeplinesc slujba de zi cu zi. A început acum doi ani la ambele coate şi treptat a început să cuprindă mâinile, braţele, umerii şi gâtul. Îmi este dificil să mă îmbrac singură

şi să mă îngrijesc. Am insomnie. Am nevoie de foarte multe perne pentru a-mi aşeza comod braţul. Relaţia sexuală este foarte dureroasă, aşa că nu mai am prea mult interes pentru asta. Treburile casnice, gătitul, curăţenia, cumpărăturile, spălatul rufelor sunt aproape imposibil de realizat, îmi este greu să fiu mamă pentru băieţelul meu. Această problemă invadează fiecare aspect al vieţii mele. Realmente, fiecare lucru pe care îl fac cu braţele sau mâinile doare. Nu-mi vine să cred că mi se întâmplă aşa ceva!"

• „Am fost la zece doctori; cei mai mulţi mi-au pus diagnosticul de sindrom al canalului carpian. Am fost tratat cu fizioterapie timp de un an, injecţii cu cortizon care par să înrăutăţească lucrurile, iar acum vorbim despre o intervenţie chirurgicală."

• „în câteva zile starea mea a devenit atât de rea, încât nu puteam să-mi ridic braţul drept. Am crezut că n-am să mai dactilografiez vreodată. Înfricoşător era faptul că nimeni nu părea să-şi revină din asta. Sunt într-un fel mai bine acum, mulţumită unui foarte bun fizioterapeut, dar nu sunt vindecată. Trebuie să fiu foarte atentă cât de mult dactilografiez. Petrec foarte mult timp cu braţele în gheaţă."

• „Cred că această problemă s-a insinuat de foarte mulţi ani. Îmi amintesc că aveam senzaţii de amorţeală în degete noaptea şi o senzaţie stranie de slăbiciune în braţe. Sunt mai bine acum, dar încă trebuie să fiu foarte atent să nu forţez lucrurile."

Fără cunoştinţele legate de STM ar fi imposibil să explicăm simptomele. Un pacient spunea: „Neurologul meu crede că este o problemă reumatologică, iar reumatologul crede că este neurologică".

Ne-am putea întreba pe bună dreptate: Dar generaţiile de femei (şi unii bărbaţi) care au dactilografiat la maşina de scris timp de atâţia ani şi nu au dezvoltat niciodată RSI? La fel, ne putem gândi la milioanele de bărbaţi şi femei care au făcut efort fizic solicitant vreme de mulţi ani fără a avea probleme severe cu spatele sau gâtul. Oamenii vor dezvolta acele manifestări minte-corp care sunt la modă. Cu cincizeci de ani în urmă, presiunile vieţii ar fi putut produce simptome la stomac sau dureri de cap. Astăzi vorbim cel mai mult de dureri de spate, de RSI sau de oboseală cronică.

Este total lipsit de logică să ne gândim că după milioane de ani de evoluţie, în timpul căreia am devenit specia dominantă pe această planetă, corpurile noastre au devenit incompetente din punct de vedere structural sau că am devenit atât de fragili încât trebuie să avem grijă cum ne mişcăm, cum ne folosim corpurile sau ne angajăm în activităţi repetitive. Este un nonsens pur. Nu suntem făcuţi din hârtie creponată; suntem duri şi rezistenţi, adaptabili şi ne vindecăm repede.

Un alt grup de oameni care au suferit simptome RSI vreme de mulţi

ani, mult înainte ca acesta să fie identificat ca sindrom, sunt muzicienii. Cât de simplu este să dăm vina pe activităţile repetitive, complicate, adesea extrem de obositoare ale unui pianist sau violonist pentru durerile de gât, umăr, braţ şi mână când cineva suferă de fapt de STM.

Îmi amintesc foarte clar de un tânăr violoncelist care a venit să mă vadă prima oară pentru durerea lombară. Când am reuşit să eliminăm problema aceea, a început să aibă dureri în diferite părţi ale braţelor, mâinilor şi umerilor, în aşa măsură, încât cariera sa concertistică era în pericol. Din fericire, era foarte receptiv la ideea de STM, şi-a revenit complet şi nu a mai avut dureri până în 1988.

Cât despre durerile lombare, o armată de doctori şi terapeuţi confirmă faptul că simptomele de RSI sunt cauzate exclusiv de factori fizici şi sugerează multe soluţii bazate pe evitarea presupuselor mişcări sau poziţii dăunătoare. Mă întreb dacă violoncelistul ar fi venit la mine în cazul în care simptomele sale ar fi apărut iniţial în braţe şi mâini în loc de spate. Având o experienţă de succes în tratarea afecţiunii sale lombare, el a înţeles strategia creierului de a relocaliza durerea în braţe şi mâini.

Tratamentul convenţional

Tratamentul pentru sindroamele localizate în partea superioară a spatelui, la gât şi în braţ este, în mare, acelaşi cu cel pentru zona lombară: bazat pe medicaţie antiinflamatorie, cu sau fără steroizi, pe fizioterapie, masaj şi alte tratamente fizice. Mulţi oameni beneficiază de manipulări osteo-articulare (chiropraxie), fiind informaţi în prealabil că suferă de o „subluxaţie", o dislocare minoră. Din experienţa mea nu este posibilă o dislocare a elementelor coloanei decât cu excepţia unei traume violente cum ar fi un accident de maşină. Orice ameliorare după asemenea tratamente este doar un fenomen placebo. Gulerele cervicale sunt prescrise adesea, precum şi dispozitivele pentru tracţiunea cervicală. Primele au rolul de a imobiliza gâtul, iar cele din urmă izolează vertebrele cervicale. Intervenţia chirurgicală este efectuată în mod obişnuit dacă există modificări neurologice în braţ sau la mână însoţite de o hernie de disc.

Atunci când STM este cauza simptomelor, nu există vreun temei pentru niciun astfel de tratament, de vreme ce acestea sunt recomandate în baza unei anomalii structurale sau a unei inflamaţii care nu a fost identificată niciodată. Eliminarea completă şi permanentă a durerii depinde de diagnosticarea cu acurateţe.

5

Manifestări la nivelul tendoanelor

Tendinita la genunchi

Deşi în fapt orice tendon din corp poate fi o ţintă pentru STM, unele sunt mai frecvent afectate decât altele.

Genunchiul este unul dintre cele mai comune localizări. Durerea poate fi oriunde în partea anterioară sau posterioară a genunchiului; o mulţime de tendoane se ataşează în jurul acestei articulaţii. Cel mai mare este tendonul patelar, care adăposteşte patela (rotula); acesta este tendonul muşchiului cvadriceps, muşchiul ce susţine greutatea şi protejează genunchiul pentru a nu ceda în timpul mersului sau alergării. Durerea se află de obicei numai într-o parte a tendonului, fie deasupra, fie dedesubtul rotulei. Tot în acea regiune găsim şi tendoanele muşchilor posteriori ai coapsei şi ale muşchilor de sub genunchi. Ligamentele din jurul articulaţiei sunt structuri importante care ajută la sprijinirea acesteia şi pot fi o ţintă pentru durere. Toate acestea sunt stabilite cu uşurinţă la examinarea fizică; tendonul implicat doare când apeşi pe el. Problema nu implică articulaţia genunchiului, ci tendoanele ataşate oaselor din jurul acesteia. Durerea de genunchi este adesea pusă pe seama unei afecţiuni cunoscute sub numele de condromalacie („înmuierea" cartilajelor articulare). Este o degradare pe faţa interioară a rotulei, diagnosticată cu ajutorul radiografiei şi, din experienţa mea, e lipsită de durere, încă o dată avem o situaţie în care o anomalie vizibilă cu razele X este învinovăţită pentru durere pentru că doctorul nu a auzit de existenţa STM. Durerea mai poate fi atribuită unei rotule instabile sau unei afecţiuni despre care deja am vorbit, artrita. Ocazional, o mică ruptură de menise (cartilaj) este considerată cauza durerii. Rupturile de menise se pot observa prin imagistică medicală şi sunt foarte adesea lipsite de durere, dar vor fi considerate responsabile pentru durerea cauzată în realitate de tendinita STM. Şi nu ne miră că aceşti pacienţi beneficiază de intervenţii chirurgicale artroscopice. Am consultat recent un astfel de pacient. După procedura artroscopică, el a continuat să aibă dureri, iar chirurgul a efectuat o a doua intervenţie pe motiv că o cută a ţesutului provoca durerea. Însă durerea a continuat. Deşi acest pacient a venit să mă vadă pentru probleme cu spatele, l-am informat în legătură cu adevărata natură a durerii de genunchi şi a fost capabil să rezolve ambele afecţiuni simultan.

Deşi mai puţin frecvent, umflarea genunchiului poate însoţi

tendinita. Când am devenit conştient pentru prima oară de acest lucru, m-am simţit un pic nesigur când i-am spus pacientului că şi aceasta face parte din STM. În lumina succesului constant al tratamentului, am mai multă încredere în a pune acest diagnostic.

Tendinita la umăr

Umărul este o localizare frecventă a STM. Diagnosticul poate fi complicat, întrucât durerea în această zonă poate fi cauzată de implicarea plexului brahial, descris în Capitolul 4. El este adesea parte a RSI.

Istoria diagnosticului durerii în această regiune (unde braţul întâlneşte umărul) „este interesantă. Înainte de apariţia imagisticii prin rezonanţă magnetică (RMN), procedura care permite diagnosticarea precisă a ruperii coafei rotatorilor, cele mai frecvente diagnostice erau bursita şi depozitele de calciu. Cel de-al doilea diagnostic conduce adesea la îndepărtarea prin intervenţie chirurgicală. În prezent, diagnosticul cel mai des este cel de rupere a coafei rotatorilor.

Nu m-am gândit niciodată să invoc această afecţiune ca o cauză a durerii până când nu am avut următoarea experienţă cu o pacientă. Era o femeie în jur de cincizeci de ani care fusese tratată cu succes pentru durere de spate cu ani în urmă. Mi-a telefonat să-mi spună că dezvoltase o durere într-unul din umeri şi consultase cei mai buni ortopezi din oraş. Pentru că un RMN indicase o ruptură a coafei rotatorilor, ea a suferit o intervenţie chirurgicală. Acum, deşi durerea se ameliorase, începuse să simtă aceeaşi durere în celălalt umăr şi să se întrebe dacă aceasta ar putea fi o manifestare a STM. Am spus că este posibil şi am stabilit o consultaţie în vederea examinării. Ea a venit câteva zile mai târziu şi mi-a spus că durerea dispăruse peste noapte după ce vorbise cu mine. Exista încă o sensibilitate uşoară când am apăsat pe unul dintre tendoanele umărului.

Aceasta a fost o experienţă importantă pentru mine. Cu siguranţă, tendoanele rupte necesită reparaţie, în special la atleţi, cum ar fi aruncătorii de baseball, dar aici din nou este o situaţie în care doctorii tratează mai degrabă razele X decât pacienţii. În prezent, eu tratez durerea de umăr ca STM dacă găsesc un tendon dureros la examinare. Mai mult, literatura de specialitate sugerează că rupturile coafei rotatorilor ar putea face parte din procesul de îmbătrânire, cum sunt modificările de coloană cauzate de artrită, care sunt întotdeauna făcute responsabile pentru durere.

Am spus adesea că RMN-ul este o binecuvântare cu două feţe pentru oamenii cu sindroame dureroase. Hernia de disc, ruptura de menise şi ruptura coafei rotatorilor, toate detectabile prin RMN, au avut ca rezultat operaţii bine intenţionate, dar absolut inutile.

Cotul jucătorului de tenis

Iată un vechi favorit care a fost eclipsat în anii recenţi de mai dramaticele probleme de genunchi şi de rupturile coafei rotatorilor. Nu uitaţi că STM necesită o singură localizare pentru durere o dată. Dacă durerea de genunchi sau umăr apare mai frecvent, incidenţa durerii de cot se poate diminua. Totuşi, cotul, precum şi alte părţi din braţ sunt adesea afectate de RSI. După cum ştiu mulţi oameni acum, „cotul tenismenului" apare la multe persoane care nu joacă tenis. Este încă privit ca o inflama ţie la un tendon care leagă muşchii de osul de la nivelul cotului. Odihna şi imobilizarea sunt tratamentele frecvente; injecţiile cu steroizi sunt folosite des. Ca toate manifestările STM, „cotul tenismenului" răspunde bine la programul educaţional de îndată ce pacientul a acceptat faptul că durerea este cauzată de STM.

Tendinita piciorului

Piciorul este o regiune foarte importantă pentru localizarea STM. Oricine a suferit de durere de picior ştie că aceasta îţi poate limita destul de mult capacitatea de acţiune. Există multe tendoane în vârful piciorului şi în jurul gleznei, oricare dintre acestea putând să fie ţinta STM. Durerea apare mai frecvent în talpă decât în vârful piciorului. Durerea antepiciorului este numită metatarsalgie şi este atribuită adesea unui neurom (o inflamaţie nervoasă benignă); excizia chirurgicală a neuromului nu este ceva neobişnuit. Când durerea se află în bolta tălpii, este numită fasciită plantară; în călcâi, ea este adesea atribuită unui cioc osos dacă este detectat cu razele X. Pentru că pacienţii au dificultăţi în a accepta că durerea din picior este parte a STM, aceasta are tendinţa să continue.

Piciorul plat este adesea învinovăţit pentru durerea de picior.

Fractura de oboseală la nivelul tibiei

Un termen familiar pentru atleţi, antrenori şi doctori în medicina sportivă, „fractura de oboseală" se referă în acest caz la durerea situată de-a lungul părţii anterioare piciorului, între genunchi şi laba piciorului. Asemenea multor sindroame dureroase comune, a fost un diagnostic misterios. Asociat de obicei cu activitatea atletică, ea este un alt exemplu de tendinită STM. Studii recente cu razele X au indicat modificări vizibile în osul tibial, dar sunt încă înclinat să atribui durerea sindromului tensiunii musculare.

Tibia, osul principal al porţii piciorului de sub genunchi, este cu uşurinţă perceput în partea anterioară a piciorului inferior, pentru că se află chiar sub piele. Ataşat de acesta, de-a lungul său, se află importantul muşchi tibial anterior. El poate fi simţit în piciorul drept

chiar în dreapta tibiei. Acest muşchi poartă responsabilitatea primară pentru ridicarea părţii anterioare a piciorului în timpul mersului sau a ciclului alergării: importanţa lui este evidentă. (Pentru a simţi durere în acest muşchi, mergeţi cât puteţi de repede pentru cel puţin treizeci de minute.) Persoanele cu durere tibială anterioară simt durere la presarea acestui muşchi. Tendonul muşchiului tibial anterior este ataşat osului tibial pe toată lungimea sa. Durerile tibiale anterioare sunt tendinite STM. Durerea din cauza activităţii musculare va trece într-o zi sau două. Când durerea persistă şi se intensifică, înseamnă că de vină este un STM suplimentar.

Întinderea musculară

Un incident frecvent chiar şi printre atleţii cu o condiţie fizică excelentă este durerea bruscă în coapsa posterioară în timpul angajării active într-un sport. Din cauza declanşării acute, se presupune că vătămarea muşchiului este vinovatul.

În urma observării unui număr de întinderi musculare apărute cu ocazia unor meciuri de fotbal profesionist şi având în vedere circumstanţele în care au apărut acestea şi recuperarea relativ rapidă a sportivilor, înclin cu putere spre ideea că jucătorii suferă atacuri acute de tendinită STM. Îmi amintesc în special de un jucător de fotbal care a suferit o întindere într-un meci. I s-a spus că va fi tratat intensiv în vederea pregătirii pentru meciul următor şi într-adevăr el a fost capabil să joace săptămâna care a urmat. A jucat cea mai mare parte a acelui meci, însă mai târziu în cel de-al treilea sfert a trebuit să iasă din nou din cauza unei întinderi musculare – de data aceasta în celălalt picior. Când a fost întrebat de reporteri ce crede că s-a întâmplat, el a spus că a folosit în exces piciorul respectiv pentru că îl accidentase pe celălalt cu o săptămână înainte. Aceasta este o idee ridicolă; nu a fost nicio schimbare în alergarea lui, nicio urmă de şchiopătare. L-am observat cu grijă şi nu am văzut niciun motiv de accidentare când a dezvoltat noua durere – pur şi simplu, s-a oprit din fugă. Acesta era un bărbat foarte tensionat, pe care toată lumea conta. Presiunea asupra lui trebuie să fi fost enormă. Nu e de mirare că a fost înclinat spre episoade frecvente de STM.

Durerea coccidiană (coccigodinia)

Un număr de tendinite mai puţin comune sunt, de asemenea, parte a STM. În durerea coccidiană, tendoanele implicate sunt ale muşchilor care se ataşează de diversele oase pelviene, de osul sacru şi de coccis. Osul sacru şi coccisul sunt văzute adesea ca extensii ale coloanei lombare. Coccisul (noada) este tot ce a rămas din coadă la om şi la alte mamifere evoluate, cum ar fi cimpanzeii. Durerea este simţită în

fisura dintre muşchii gluteali şi este cel mai probabil cauzată de afectarea cu STM a tendoanelor muşchilor ataşaţi la osul sacru, mai degrabă decât la coccis. Se comportă la fel ca simptomele din partea lombară: durerea poate apărea în circumstanţe ciudate, deşi, aşa cum ne-am aştepta, poziţia şezând o provoacă invariabil.

Mai puţin obişnuit, şi tendoanele muşchilor coapsei care se ataşează la oasele pelviene, cum ar fi tendoanele şoldului şi muşchii aductori, sunt, de asemenea, afectate. În cele mai multe cazuri, tendoanele sunt dureroase la apăsarea cu degetul. Am avut pacienţi la care era afectat ligamentului inghinal. Orice tendon sau ligament poate fi o ţintă pentru STM.

Cu acestea închei descrierea manifestărilor STM ale muşchilor, nervilor şi tendoanelor. Vă propun să discutăm acum despre una dintre cele mai supărătoare consecinţe ale acestor afecţiuni dureroase, durerea cronică, şi despre una dintre cele mai bizare, boala Lyme.

6

Durerea cronică şi boala Lyme

Durerea cronică

Îmi amintesc şi acum de încercările noastre la Institutul de Medicină Recuperatorie, pe atunci aparţinând de Universitatea de Medicină din New York, de a iniţia un program pentru tratarea durerii cronice. Cum începusem să realizez că cea mai mare parte a durerii de spate este indusă psihologic şi literatura medicală sugera că durerea cronică este rezultatul factorilor psihologici, stabilirea unui program de tratare a durerii cronice părea un lucru demn de urmărit. Ca urmare, am ascultat de recomandările experţilor, am formai o echipă multidisciplinară compusă dintr-un fizioterapeut, un terapeut ocupaţional, o soră medicală, un psiholog, un asistent social şi un doctor şi am procedat la admiterea pacienţilor în program. Pacienţii pe care i-am tratat sufereau de afecţiuni structurale dureroase variate, inclusiv de artroza coloanei, de hernie de disc şi de fibrozită (numită acum fibromialgie). Durerea lor dura de mai mult de şase luni în ciuda tratamentului şi era atât de gravă, că le domina vieţile. Împiedica munca şi relaţiile sociale normale şi ducea la o multitudine de probleme personale. În cele mai multe cazuri pacienţii luau diferite medicamente în doze mari.

Factorul psihologic postulat care se afla în atenţia programului terapeutic era că pacienţii obţineau un *beneficiu secundar* în urma durerii, ceea ce însemna că inconştient ei aveau nevoie de durere pentru a fi mai departe îngrijiţi, pentru a evita responsabilităţile sau munca sau poate pentru a obţine bani. Majoritatea pacienţilor erau anxioşi şi depresivi, aveau probleme cu somnul, mâncau puţin şi arătau bolnavi. Era clar că nu se prefăceau; beneficiul secundar era considerat inconştient. Durerea cronică a fost proclamată o entitate patologică în sine.

Bazat pe aceste observaţii, programul s-a dezvoltat după cum urmează:

1. Testare psihologică la admitere.
2. Evaluarea de către fiecare membru al echipei pentru a determina care ar fi contribuţia acestuia la procesul de recuperare.
3. Nicio discuţie legată de durere sau beneficiul adus de durere.
4. Stimularea activităţilor fizice, vocaţionale şi sociale.
5. Identificarea şi tratarea problemelor psihologice şi sociale.

6. Crearea unui „cocktail” de medicamente luate anterior de pacient şi reducerea graduală a constituenţilor, fără ştirea pacientului.

Am participat cu toţii la program cu mare entuziasm. Era perfect pentru medicina recuperatorie pentru că lucram în mod curent ca o echipă ce trata diverse afecţiuni handicapante. Nu după mult timp am început să suspectăm că baza psihologică postulată pentru afecţiune era viciată. Evaluările noastre psihologice sugerau că existau, într-adevăr, factori psihologici puternici care lucrau pentru a perpetua durerea, însă aceştia nu aduceau acel beneficiu secundar. Un exemplu bun era o femeie care suferise în copilărie un abuz sexual şi emoţional atât de sever, încât ne minunam că supravieţuise. Era aproape total imobilizată de durere, atât de mare era furia pe care o purta în inconştient.

Treptat, am început să discutăm cu pacienţii despre durere, de unde venea ea şi de ce ar trebui să dispară de îndată ce otrava psihologică ar fi fost dezvăluită. Am descoperit că nu era nevoie să reducem pe ascuns medicamentele; pacienţii încetau să le mai ia în mod spontan. Şi, bine-nţeles, explicaţia fiziologică pentru durere a ieşit la iveală. Durerea cronică era cauzată de STM într-una dintre cele mai severe forme ale sale. Nu era nevoie să definim o entitate separată, numită „durere cronică”.

Asta a fost acum douăzeci de ani şi timpul nu a făcut decât să ne întărească concluziile.

Care este astăzi statutul diagnosticului şi tratamentului durerii cronice? Există centre de tratament pentru durere în toată ţara, care, bazate pe ideea beneficiului secundar, desfăşoară programe pentru durerea cronică. Aceste programe au aprobarea doctorilor şi asociaţiilor psihiatrice şi psihologice oficiale. Manualul de diagnostic şi statistică a tulburărilor mentale specifică afecţiunea dureroasă ca fiind una dintr-un număr de tulburări somatoforme, dar nu identifică factorii inconştienţi ca fiind cauza durerii. Cuvântul *somatoform* identifică maladia ca fiind fizică.

Unii practicieni totuşi oferă emoţiilor mai mult credit. Într-un articol din *New York Times,* datat 12 decembrie 1992 şi intitulat „Cauzele clare ale durerii cronice care doboară multe persoane nu se cunosc încă”, Elisabeth Rosenthal cita un binecunoscut specialist în problemele de durere, dr. John Loeser de la Universitatea din Washington: „Toate dovezile sugerează faptul că pentru cele mai multe persoane durerea cronică este o afecţiune legată de stres, exact ca ulcerele. Diferenţa în ce priveşte această afecţiune dureroasă este aceea că nu ştim în ce loc anume trebuie să căutăm buba”.

În acelaşi articol un alt expert era citat: „Poate că nu este cu adevărat o durere, ci o metaforă pentru anxietate sau depresie sau

suferinţă spirituală. Folosim cuvântul «durere» pentru suferinţa fizică şi emoţională şi câteodată oamenii nu fac foarte bine distincţia dintre ele”.

Iată o dovadă clară că oamenii atenţi din domeniul medical recunosc bazele psihologice ale durerii cronice. Totuşi, acesta este numai începutul. Medicina mai trebuie să recunoască şi procesul în care emoţiile puternice inconştiente induc reacţiile fizice. Fără această cunoaştere medicina rămâne confuză în ceea ce priveşte diagnosticul, iar epidemia continuă.

Boala Lyme

Deşi diferă în mod considerabil de cele deja discutate, o altă problemă medicală îşi justifică menţionarea. În acest caz avem de-a face cu o boală propriu-zisă căreia îi sunt în mod greşit atribuite diferite simptome fizice. Boala Lyme este o infecţie bacterială dobândită prin înţepătura de căpuşă şi care se manifestă prin simptome neurologice şi artritice. Dacă cineva are o durere care nu poate fi explicată de niciunul din diagnosticele obişnuite şi prezintă dovezi imunologice (test de sânge) că ar fi fost infectat, simptomele vor fi atribuite bolii Lyme. Ori de câte ori o substanţă străină, cum ar fi o bacterie, intră în corp, sistemul imunitar activează măsuri de protecţie. Una dintre acestea este crearea de substanţe numite anticorpi care se conectează cu bacteria şi o neutralizează. Anticorpii sunt specifici pentru fiecare bacterie; fiecare dintre noi are mulţi anticorpi diferiţi care circulă prin corp. Cantitatea în care se găseşte un anticorp specific în corp poate fi măsurată în laborator. Procedeul este cunoscut ca titrare de anticorpi; prin acest test se poate determina dacă un anticorp pentru o boală specifică este prezent sau nu în corp şi în ce măsură. Am consultat multe persoane cu STM a căror durere era atribuită bolii Lyme, pentru că aveau anticorpi pentru bacteria Lyme în corp.

Unul dintre multele cazuri pe care le-am întâlnit a fost un bărbat cu STM sever pe care l-am consultat, care nu a acceptat diagnosticul şi căruia i s-au găsit anticorpi pentru boala Lyme. El l-a acţionat în justiţie pentru malpraxis pe neurologul care l-a îngrijit iniţial, pretinzând că acesta a omis să efectueze un test pentru anticorpii Lyme. Simptomele sale erau în mod flagrant cele de STM, dar în absenţa acceptării medicale a STM, neurologii au dificultăţi în a se apăra.

7

Echivalenţii STM

Reacţiile fizice la stările emoţionale constituie materialul vieţii de fiecare zi. Eşti la un pas de un accident pe autostradă şi inima începe să îţi bată. Te ridici să te adresezi unei audienţe şi gura ţi se usucă; stomacul ţi-e întors pe dos. Transpiraţia curge liber într-o situaţie încordată. Refulezi o furie bruscă şi toate aceste reacţii se întâmplă imediat.

Corpul se află într-o legătură intimă cu mintea şi în special cu emoţiile. Cum ar putea fi altfel?

Tulburările pe care am să le descriu acum sunt puţin mai complicate decât cele pe care le-am menţionat până în acest moment şi toate par să servească aceluiaşi scop ca STM. Adică sunt proiectate să fie factori de distragere a atenţiei de la furia inconştientă.

Multe afecţiuni fizice sunt echivalente ale STM. La fel ca afecţiunile dureroase, majoritatea acestora sunt în esenţă inofensive. Ele se împart în şapte categorii, tulburări ale:

1. sistemului gastrointestinal;
2. sistemului circulator;
3. pielii;
4. sistemului imunitar;
5. sistemului genito-urinar;
6. ritmului cardiac;
7. şi ale altora.

În cazul tuturor acestor tulburări, este esenţial să-ţi consulţi medicul de familie şi să elimini din discuţie bolile grave.

Tulburările gastrointestinale

Vreme de mulţi ani tulburările gastrointestinale (GI) au fost cele mai comune dintre afecţiunile fizice induse pe cale emoţională.

Tulburările gastrointestinale superioare

Esofagul aflat în partea superioară a tubului digestiv poate fi locul spasmului perceput ca o durere în piept, exact sub stern. Se simte ca şi cum capătul inferior al esofagului ar fi stors. Într-o tulburare mai

serioasă, apare o constricţie la joncţiunea esofagiană cu stomacul, care necesită uneori deblocarea pe cale chirurgicală. Mâncarea nu trece în stomac şi este regurgitată. Această afecţiune nu este frecventă.

Simptomele legate de stomac totuşi sunt comune. Una dintre cele mai predominante, arsurile, sunt cauzate de hiperaciditate şi pot fi uşurate cu preparate antiacide. Rumegarea, regurgitarea unor cantităţi mici de mâncare după o masă, este destul de comună. Disconfortul stomacal uşor este adesea atribuit gastritei. Unele dintre aceste simptome au fost asociate cu ceea ce este cunoscut sub denumirea de hernie hiatală. Când există arsuri stomacale şi un disconfort abdominal superior la întinderea pe spate se spune că acestea sunt rezultatul hernierii unei părţi mici din partea superioară a stomacului în cavitatea toracică atunci când stăm întinşi la orizontală. Poate fi identificată prin radiografie. Tratamentul convenţional constă în administrarea de antiacide şi ridicarea capului patului.

Eu cred că toate simptomele GI superioare pot fi echivalente ale STM, deci induse psihologic. Pentru că hernia hiatală este o anomalie structurală, se poate înţelege reticenţa în a o pune pe seama factorilor emoţionali. Totuşi, nimeni nu a explicat niciodată procesul care produce o hernie hiatală. Asocierea ei cu arsurile şi refluxul esofagian sugerează că şi ea este un echivalent al STM.

Deşi nu atât de comune cum erau înainte, ulcerele peptice ale stomacului sau duodenului constituie încă o problemă medicală. Descoperirea faptului că persoanele care au ulcer poartă adesea (dar nu întotdeauna) o bacterie în stomac, *Helicobacter pylori,* a trezit un mare interes. Bacteria este privită în prezent ca fiind cauza ulcerelor stomacale şi duodenale. Dar atunci cum se poate explica ulcerul atunci când bacteria nu este găsită în stomacul cuiva care are totuşi această boală? *New York Times* a relatat de curând că oamenii de ştiinţă sugerează că bacteria *Helicobacter pylori* este un locuitor benign al tubului intestinal al fiinţelor umane şi al predecesorilor noştri în evoluţia de milioane de ani. De ce ar deveni deodată patologică această bacterie inofensivă? După părerea mea, nu este. Prezenţa ei în stomacul unor oameni care au ulcer nu înseamnă că aceasta este cauza acelor ulcere. Ar putea fi, pur şi simplu, o parte a procesului încă misterios prin care se dezvoltă un ulcer. Pentru mine este foarte clar că factorii emoţionali iniţiază acest proces.

Disponibilitatea medicinei contemporane de a accepta explicaţia după care această bacterie este cauza ulcerelor este un alt exemplu al „filosofiei" sale greşite conform căreia emoţiile nu cauzează tulburări fizice.

Afecţiunile grave, cum ar fi cancerul, ar trebui întotdeauna excluse înainte de a ajunge la concluzia că simptomele stomacale sunt induse de stres. Acest lucru este adevărat în ce priveşte orice afecţiune

dureroasă. Din fericire, ulcerele stomacale benigne sunt de departe mult mai comune decât cele maligne.

Următorul incident este o ilustrare excelentă a faptului că tulburările stomacale sunt de natură emoţională. Un domn în jur de patruzeci de ani şi-a însoţit soţia, care era pacienta mea, la un curs pe durata căruia am vorbit despre nenumăratele echivalente ale STM. Câteva săptămâni mai târziu am primit o scrisoare de la acest bărbat în care îmi spunea că simptomele de stomac de care suferise în fiecare zi a vieţii în ultimii douăzeci şi cinci de ani dispăruseră. El a înţeles şi a acceptat principiul cauzalităţii psihologice ca aplicându-se simptomelor sale – şi starea lui s-a îmbunătăţit.

O altă sursă a durerii de stomac este spasmul pilorului, ţesutul muscular al orificiului stomacal care acţionează ca un sfincter, prevenind sau permiţând trecerea alimentelor din stomac în intestinul subţire. Acesta este, de asemenea, un echivalent al STM.

Diareea sau mişcările intestinale neregulate au fost asociate de multă vreme cu starea de „a fi emoţionat" sau de a avea „nervi la stomac". Neregularităţile intestinale, durerea abdominală, crampele sau acumularea excesivă de gaze dau naştere diagnosticelor de colon spastic, colită şi sindrom al intestinului iritabil. Toate acestea, precum şi constipaţia, au origini psihologice într-o foarte mare măsură.

Ca şi STM, bolile gastrointestinale sunt provocate de sistemul nervos autonom. Multe simptome constituie rezultatul alterării motilităţii normale a părţii inferioare din tubul digestiv, producând mişcări intestinale neregulate, când motilitatea este crescută şi constipaţie, când este scăzută. *Motilitatea* se referă la activitatea peristaltică (contracţiile musculare) din intestine prin care sunt transportate substanţele solide. Dacă aceste contracţii încetează complet sau dacă intestinul e cuprins de spasme, apar simptomele dureroase.

Toate aceste schimbări sunt rezultatul procesului psihologic descris în Capitolul 1.

Tulburări ale sistemului circulator

Durerea de cap provocată de tensiune, migrena şi fenomenul Raynaud

Durerea de cap provocată de tensiune şi migrena sunt foarte comune şi uneori confundate, de vreme ce durerea de cap severă, strict somatică, însoţită adesea de ameţeală şi vomă, este caracteristică migrenei, dar uneori apare şi alături de durerea de cap psihogenă (provocată de tensiune). Deşi bolile pot părea similare, pacienţii cu migrenă trăiesc adesea experienţa unui fenomen vizual chiar înainte

de începuturile durerii de cap. Numită tehnic „scotom scânteietor”, aceasta constă într-un zigzag strălucitor ce apare în câmpul vizual periferic şi durează aproximativ cincisprezece minute.

Durerea de cap psihogenă (provocată de tensiune) este clasată ca o tulburare circulatorie, de vreme ce se crede că durerea de cap este cauzată de o ischemie locală în muşchii scalpului, exact la fel cum STM provine din ischemia locală în muşchii posturali, în nervi sau tendoane.

Pe de altă parte, se consideră că migrena este cauzată de constricţia bruscă a unui singur vas de sânge cranian. Acest lucru sună ameninţător, dar duce rar la ceva mai grav decât o durere de cap.

Experienţa mea proprie legată de migrenă cu mulţi ani în urmă a făcut ca relaţia ei cu factorii psihologici să-mi fie foarte clară. Ca tânăr doctor de familie, cu stresurile şi presiunile obişnuite legate de muncă şi propria-mi familie, sufeream de migrene de vreo şase ani. Un coleg mi-a spus despre o lucrare medicală pe care a citit-o şi care sugera că migrena ar fi rezultatul mâniei refulate. Pentru că mă apropiam de concluzia că factorii psihologici erau foarte obişnuiţi în problemele medicale zilnice, am fost receptiv la această idee. Data următoare când „fulgerele” premonitorii au început, m-am gândit ce mânie aş putea refula. Mi-e clar acum, mulţi ani mai târziu, ce anume refulam, dar la momentul acela nu aveam nicio idee. Totuşi, spre uimirea mea, durerea de cap nu a revenit. Nici nu am mai avut o altă migrenă, deşi am continuat să am „fulgerele dansatoare” până în ziua de astăzi. „Fulgerele” îmi spun că îmi refulez mânia şi câteodată trebuie să mă gândesc foarte mult pentru a-mi da seama care este motivul acestei mânii. Adesea este evident.

O lecţie foarte importantă trebuie învăţată din această experienţă, una care se aplică STM şi tuturor echivalenţilor săi: în multe cazuri simpla recunoaştere că un simptom poate avea o origine emoţională este suficientă pentru a-l opri. Nu ştiam de ce sunt furios inconştient, dar eram dispus să accept că ceva psihologic era responsabil pentru durerea mea de cap. Acest lucru a fost suficient pentru a preveni permanent migrena.

Am întâlnit acelaşi lucru când am început să aplic diagnosticul de STM, deşi nu am făcut în momentul respectiv legătura cu experienţa mea legată de migrenă. Le spuneam pacienţilor că durerile lor de spate erau induse de stres şi tensiune, iar dacă ei erau deschişi la această idee, se făceau bine. Vreme de mulţi ani, deşi mi-am dat seama că această abordare funcţiona, nu am înţeles de ce. Explicaţia se află în prima şi a treia parte ale acestei cărţi. Însă semnificaţia observaţiei mele nu ar trebui pierdută din vedere: un simptom fizic este eliminat prin procesul gândirii. Nu este un fenomen magic. Prin distragerea atenţiei cuiva dinspre zona fizicului către cea a

psihologicului, un simptom fizic este îndepărtat. Eu am făcut-o personal cu migrena, alergiile la polen, simptomele gastrointestinale şi reacţiile pielii. Pacienţii mei relatează în mod frecvent experienţe similare, după cum fac şi partenerii lor.

Ultima dintre tulburările circulatorii, fenomenul Raynaud, se referă la tendinţa extremităţilor de la mâini şi picioare de a reacţiona excesiv la rece şi a deveni pale sau chiar vineţii. Aceasta este o reacţie exagerată indusă psihologic la răspunsul normal al sistemului autonom la rece prin restricţionarea circulaţiei sângelui către extremităţi pentru a conserva căldura. Iată încă un exemplu de hiperactivitate a sistemului nervos autonom ca reacţie la stimulii emoţionali.

Afecţiunile pielii

Bănuiesc că multe afecţiuni ale pielii – în mod obişnuit acneea, eczema, urticaria şi psoriazisul – sunt induse pe cale emoţională, o idee pe care cei mai mulţi dermatologi ar respinge-o.

Totuşi experimentele efectuate în laboratoarele de cercetare dermatologice ar tinde să sprijine această afirmaţie. Cercetătorii din departamentul de dermatologie al Universităţii de Medicină din Pennsylvania au găsit dovezile unei potenţiale legături între factorii legaţi de creier şi o reacţie inflamatorie celulară întâlnită în mod obişnuit într-o varietate de afecţiuni ale pielii. Potrivit unui raport publicat de către membri ai departamentului, „o astfel de legătură ar putea fi o explicaţie clinică pentru exacerbarea observată în mod obişnuit a multor dermatoze, cum ar fi psoriazisul şi diverse alergii, cauzate de stresul emoţional”. Deşi dovada directă a legăturii dintre stările emoţionale şi tulburările dermatologice specifice nu a fost găsită, astfel de studii oferă mărturii convingătoare că descoperirea va fi făcută.

Experienţa mea clinică arată că stresul emoţional în aceste tulburări fizice nu este în mod necesar un rezultat al cauzelor externe. Este un proces intern ce are ca rezultat sentimente puternice pe care inconştientul le consideră periculoase şi ameninţătoare şi care, ca urmare, trebuie refulate. După cum am arătat în Partea I a acestei cărţi, simptomele fizice joacă un rol în procesul refulării.

Studiul dermatologic tocmai amintit este extrem de important pentru că începe să construiască o punte peste prăpastia care proclamă că mintea şi corpul sunt entităţi separate care nu au nimic de-a face una cu cealaltă.

Tulburări ale sistemului imunitar

Oamenii de ştiinţă din domeniul medicinei se apropie treptat de concluzia că există legături importante între procesele emoţionale şi o varietate de sisteme fizice, cum ar fi reţeaua endocrină şi sistemul imunitar. O parte din cea mai interesantă muncă este făcută de cei interesaţi de sistemul imunitar. Un articol din *New England Journal of Medicine* a descoperit că „influenţele sistemului nervos central asupra sistemului imunitar sunt bine documentate şi oferă un mecanism prin care stările emoţionale ar putea influenţa cursul unei boli implicând funcţia imunităţii. Dacă factorii emoţionali pot influenţa cursul bolii autoimune, al cancerului şi al infecţiilor la om este un subiect de cercetare intensă care nu a fost rezolvat în mod satisfăcător până în acest moment".

Am să discut despre tulburările autoimune şi despre cancer mai târziu. Pentru moment, vă propun să privim la un grup de boli benigne care sunt exemple pentru felul în care emoţiile afectează funcţiile imunitare.

Alergiile

În reacţiile alergice la polen, praf şi mucegai, sistemul imunitar reacţionează exagerat la o substanţa străină, producând binecunoscutele simptome de usturime a ochilor, strănut, nas înfundat şi plin de secreţii. Astmul poate avea o cauză similară, deşi se poate întâmpla ca emoţiile să aibă un efect direct asupra mecanismului respirator, prin constricţia bronhiolelor, provocând acea respiraţie şuierătoare şi dificultăţi de respiraţie.

Reacţiile alergice la copiii mici se produc ca rezultat al unui proces diferit a cărui cauză este necunoscută.

Un alt exemplu de hipersensibilitate este urticaria, însoţită de angioedem. Cel mai adesea ea constă în bubiţe însoţite de mâncărime, dar poate fi mai extinsă, însoţită de umflarea unor largi segmente de piele şi a ţesuturilor aflate sub acestea. Câteodată urticaria face parte dintr-o reacţie explozivă anafilactică, ce induce probleme de respiraţie şi colaps vascular. Doar urticaria sau anafilaxia sunt considerate a fi reacţii la mâncarea ingerată sau la substanţe injectate de om sau insectă. Manualele de medicină ne spun că aceste reacţii sunt alergice, dar nu precizează ce anume iniţiază procesul.

Oamenii pot avea reacţii adverse la substanţe străine injectate în corp. Un număr din octombrie 1974 al revistei *Medical World News* făcea cunoscut faptul că un radiolog ajunsese la concluzia că reacţiile alergice (greaţa, voma, urticaria şi uneori reacţia anafilactică ce ameninţă viaţa) la injectarea substanţei de contrast pentru radiografia

sistemului renal nu erau deloc alergice, dar erau emoţionale, cauzate de o frică „omniprezentă şi iraţională”. Dr. Lalli a descoperit că atunci când înlătura frica pacienţilor săi cu „calm, abordare sigură pe sine, sporită de o manieră lejeră şi o conversaţie uşoară”, era capabil să efectueze fără nicio dificultate examinări urografice repetate, chiar şi la pacienţii cu un istoric cuprinzând reacţii grave. Dr. Lalli şi-a publicat experimentele într-o lucrare publicată în jurnalul *Radiology*.

Experienţa mea personală cu urticaria este instructivă. După ce m-am înrolat în armată în 1943, m-am oferit voluntar la Forţele Aeriene. În timp ce făceam un curs la Universitatea din Alabama şi zece ore de instrucţie de zbor cu un avion uşor, am început să mă trezesc dimineaţa cu urticarie pe faţă. La testare, doctorul militar a descoperit că sunt alergic la un număr mare de mâncăruri, pe care le-am evitat apoi cu grijă, dar am continuat să am bube. Ne-am mutat la o bază militară în Texas pentru specializare (ca pilot, navigator sau bombardier), unde am fost informaţi că Forţele Aeriene au decis că au deja numărul de oameni necesar. Am fost trimişi cu toţii înapoi de unde veniserăm – în cazul meu, la departamentul medical. Atacurile de urticarie s-au oprit.

Experienţa mea este un prim exemplu al celor două minţi despre care am vorbit. Mintea mea conştientă dorea să lupte cu naziştii. Răspunsul minţii mele inconştiente era: „Nu-ţi dai seama că zborul în luptă este periculos? Eşti nebun?” Asta a indus lanţul evenimentelor fiziologice care au culminat cu urticaria.

Au jucat vreun rol mâncărurile la care am fost testat alergic? Aceeaşi întrebare poate fi pusă unei persoane care are o reacţie severă la înţepătura de insectă. Există evident o legătură, dar înţepătura sau mâncarea nu sunt cauzale în mod clar; ele fac parte din proces. O emoţie inconştientă face ca sistemul imunitar să reacţioneze la mâncare sau la înţepătura de viespe.

Ştiinţa medicală continuă să descopere lucruri noi despre reacţiile alergice şi despre felul în care funcţionează sistemul imunitar. Este un sistem foarte complicat; trebuie să avem grijă să nu confundăm părţile şi funcţiile complicate ale unei maşinării cu ceea ce o face să meargă în primul rând. Electricitatea face ca un motor electric să funcţioneze, nu părţile sale.

Ştiinţa medicală modernă studiază detaliile maladiilor, dar respinge procesele emoţionale inconştiente drept cauză. Când medicina convenţională studiază un posibil rol psihologic în cauzalitate, ea tinde să ia în considerare emoţiile conştiente cum ar fi anxietatea şi depresia şi să se bazeze pe profilurile psihologice pentru a clasifica oamenii. Din păcate, emoţiile conştiente şi profilurile pot să nu ne spună nimic despre ceea ce se întâmplă în inconştient.

Dacă cineva mi-ar fi dat un chestionar pentru personalitate când

aveam urticaria, nu ar fi aflat nimic. Eram un tânăr ce-şi dorea din tot sufletul să lupte cu inamicul; îmi plăcea cu adevărat zborul şi nu eram nici anxios, nici depresiv. Pe de altă parte, un psihiatru sau un psiholog de orientare psihanalitică ce-ar fi suspectat o sursă emoţională a urticariei ar fi descoperit curând ce se petrecea în mintea mea. Totuşi, nu toată lumea are nevoie de un psihoterapeut pentru a afla ce se întâmplă când apare STM sau unul dintre echivalenţii acestuia – cea mai mare parte a oamenilor au nevoie de simpla cunoaştere. Toată lumea generează sentimente inconştiente; uneori acestea sunt suficient de supărătoare pentru a stimula simptome fizice.

Infecţiile

Cel de-al doilea grup de reacţii ale sistemului imunitar induse pe care emoţională reflectă o reacţie inadecvată sau idiosincratică la agenţii infecţioşi. Răcelile frecvente sau infecţiile tractului urinar, herpesul recurent, infecţiile provocate de candida, prostata, acneea – toate sunt exemple de reacţie imunitară imun inadecvată la un invadator.

Infecţiile sunt probabil chiar mai comune decât reacţiile alergice, dar sunt recunoscute rar ca psihogene pentru că ne-am obişnuit să ne gândim la o maladie numai din perspectiva agentului infecţios care o produce. Răcelile, cum ar fi gripa, sunt cauzate de viruşi, şi la fel se întâmplă şi cu „gazdele" diverselor altor boli. O durere de gât este provocată de un virus, cu sau fără o bacterie cum este streptococul; meningita este cauzată de o varietate de microorganisme, pneumonia de factori similari. Luăm măsuri pentru a evita contactul cu germenii; ne vaccinăm pentru a ne proteja de ei şi căutăm antibiotice pentru a-i omorî. Toate acestea par idei solide din punct de vedere medical.

Cu toate eforturile noastre de a evita îmbolnăvirea, totuşi, nimic nu se face pentru îmbunătăţirea funcţiei sistemului imunitar, sistemul care depăşeşte infecţia în cele din urmă, cu sau fără antibiotice, sau o previne în primul rând. Acesta este Ministerul Apărării pentru corpul tău. Armele sale includ agenţi chimici, tehnici şmechere de paralizare a agentului infecţios şi celule care distrug invadatorul sau îl înghit. Sistemul imunitar este destul de uimitor, dar să nu uităm că i-au trebuit cam 750 de milioane de ani să se formeze, deci presupun că nu ar trebui să fim surprinşi de eficacitatea lui.

Experienţa mea clinică indică faptul că emoţiile pot intensifica, modifica sau reduce eficienţa sistemului imunitar. Ştiinţa acestor procese mai trebuie încă explicată; ele aşteaptă să fie studiate.

Sindromul Epstein-Barr

Sindromul Epstein-Barr este o tulburare incorect definită,

caracterizată de oboseală şi de o varietate de neplăceri şi dureri. Denumirea lui derivă din faptul că la unii oameni cu aceste simptome a fost găsită o cantitate mai mare dintr-un anticorp al virusului Epstein-Barr. (Virusul Epstein-Barr este cel care cauzează mononucleoza infecţioasă, deci este posibil ca noi toţi să avem în sânge anticorpi împotriva acestui virus.) Mulţi dintre pacienţii mei cu STM m-au informat că au cantităţi mari din acest anticorp şi li s-a spus că suferă de sindromul Epstein-Barr.

Tot mai multe dovezi sugerează că rata de anticorpi Epstein-Barr este influenţată de procese psihologice. O lucrare publicată în *Journal of Consulting and Clinical Psychology* în 1994 anunţa o *scădere a cantităţii de anticorpi pentru virusul Epstein-Barr* la persoanele cărora li s-a oferit oportunitatea de a scrie sau a vorbi despre sentimente refulate până în acel moment. Într-un alt studiu, oamenii care au scris despre sentimentele lor legate de un eveniment stresant au produs un număr crescut de limfocite, una dintre categoriile de celule imunitare care combat infecţia. Aceste studii indică în mod clar rolul emoţiilor în modificarea funcţiei sistemului imunitar.

Această constatare este de mare importanţă în ce priveşte sănătatea publică. Revendicările privind incapacitatea de muncă bazate pe sindromul Epstein-Barr au crescut cu 320 de procente între 1989 şi 1994. Sindromul pare să fie o combinaţie de disfuncţii ale sistemului imunitar (care creşte procentele de anticorpi) şi simptome STM, ambele putând fi atribuite procesului emoţional descris în Partea I a acestei cărţi.

Tulburările genito-urinare

Probabil că cea mai comună tulburare genito-urinară este urinarea frecventă în cursul nopţii. Conform medicinei convenţionale, nicturia poate fi un simptom semnificativ pentru diabet, boli cardiace, tulburări renale sau alte boli mai rare, deci ar trebui tratată cu seriozitate şi studiată de medicul de familie. În cele mai multe cazuri, nu se va găsi nimic. În această situaţie poţi să presupui că simptomul este indus psihologic, în special dacă ai un istoric cuprinzând alte procese psihogene, cum ar fi STM sau tulburările GI.

Infectările frecvente ale tractului urinar inferior au fost menţionate în secţiunea referitoare la sistemul imunitar. Ele ar trebui tratate cu antibiotice dacă este necesar, însă o bună gestionare a bolii include şi atenţia pentru factorii psihologici, de vreme ce ei sunt responsabili în esenţă pentru infecţie, reducând eficienţa sistemului imunitar şi permiţând agentului infecţios să devină stăpân.

Prostata este în mod frecvent cauzată de factorii de stres. Aceasta

include simptome ca disconfortul, durerea uşoară şi senzaţia de arsură la urinare. Adesea nu există nicio dovadă pentru vreo infecţie. Urologii mai ştiu că pierderea libidoului şi variatele forme de impotenţă pot fi rezultatul factorilor psihologici. Ca urmare, nu ar trebui să ne surprindă că studiile eşuează adesea în a dezvălui un motiv fizic pentru impotenţă.

Tulburările ritmului cardiac

Echivalenţii STM din această categorie au de-a face cu disfuncţiile legate de frecvenţa şi ritmul cardiac.

Tahicardia auriculară este caracterizată de o intensificare a bătăilor inimii care începe brusc şi, din experienţa mea, este precipitată de o situaţie emoţională. Intervenţia medicală este necesară pentru a aduce frecvenţa cardiacă înapoi la normal dacă acest lucru nu se întâmplă de la sine.

Bătăile ectopice (palpitaţiile care „bufnesc" în piept) sunt foarte comune şi par a fi rezultatul unor emoţii inconştiente mai subtile, judecând prin prisma experienţei mele legate de această tulburare. Ele ar trebui întotdeauna să fie evaluate pentru a exclude posibilitatea existenţei unei boli cardiace propriu-zise. Deşi mai comune pentru cei în repaus, ele pot apărea şi în timpul desfăşurării unei activităţi fizice energice. Bătăile ectopice la cineva cu prolaps de valvă mitrală sunt atribuite în mod eronat prolapsului. Ele au o legătură numai în ceea ce priveşte faptul că ambele sunt consecinţe ale factorilor de stres. Vom vorbi mai mult despre prolapsul de valvă mitrală în secţiunea corespunzătoare din această carte.

Alte tulburări

Hipoglicemia

Hipoglicemia (cantitatea scăzută de zahăr în sânge) este o altă afecţiune a cărei origine psihogenă e greu de dovedit. Pot doar să avansez ideea, bazată pe dovezi empirice, că hipoglicemia este indusă pe cale emoţională. Mi se întâmplă şi mie din timp în timp, dar ea nu persistă niciodată, pentru că sunt conştient de cauzele ei. Ca toate simptomele psihogene, hipoglicemia este foarte sensibilă la sugestia placebo; astfel, deşi nu vindecă hipoglicemia, modificarea dietei provoacă adesea ameliorarea ei.

Ameţeala

Deşi ameţeala este în mod frecvent atribuită unei infecţii în canalele semicirculare ale urechii interne, din experienţa mea cele mai multe cazuri de ameţeală, inclusiv la persoanele cu vertij propriu-zis, sunt induse de stres. Fireşte, ameţeala ar trebui studiată de specialişti, dar când nu se găseşte o altă cauză (cum se întâmplă de obicei), adevărata cauză este evidentă. Din păcate, eşecul în a recunoaşte natura psihogenă a problemei duce la tratamente care ajută mai degrabă la perpetuarea decât la diminuarea simptomelor. Tratamentele pot fi benigne, dar sprijină ideea că un agent infecţios este responsabil, permiţând astfel minţii să continue distragerea atenţiei. Am avut pacienţi ale căror ameţeli au dispărut imediat atunci când au aflat că acestea sunt induse pe cale psihologică.

Tinitus

Acesta este un simptom foarte neplăcut, numit în mod obişnuit „ţiuitul urechilor". Poate fi un semn al unei boli neurologice sau a urechii şi ar trebui întotdeauna investigat cu atenţie de către specialişti. Dacă nu este găsită o altă cauză, se poate presupune cu siguranţă că este vorba de un echivalent STM. Mulţi pacienţi cu STM au povestit că au avut simptomul la un moment dat în trecut şi au observat că acesta a dispărut când a început durerea de spate. Este dificil să eviţi concluzia că el serveşte acelaşi scop psihologic ca şi STM.

Sindromul oboselii cronice

Această tulburare continuă să inducă în eroare o comunitate medicală care nu poate nici să o definească, nici să îi identifice cauza. Oboseala, neplăcerile şi durerile nespecifice, infecţia cronică şi eşecul în a găsi semnele patognomonice fizice ale bolii lasă medicina frustrată şi neputincioasă. Dificultatea de concentrare, perturbările de dispoziţie şi depresia au fost observate la mulţi pacienţi cu sindromul de oboseală cronică (SOC) dar, după cum se plâng specialiştii, niciun diagnostic din *Manualul de diagnostic şi statistică al tulburărilor mentale* nu se referă la cei afectaţi de SOC, ceea ce implică faptul că nu este o tulburare mentală.

Ambele comunităţi, cea nonpsihiatrică şi cea psihiatrică, resping conceptul de psihogeneză; după cum am spus mai devreme, cuvântul *psihosomatic* nu apare în DSM-IV. Cu excepţia simptomelor de conversie, acum rare, medicina nu crede că fenomenele inconştiente cauzează simptome fizice. Practicienii sunt condamnaţi, prin urmare, să rămână ignoranţi în ce priveşte cauza unor astfel de maladii, cum ar fi SOC şi sindromul Epstein-Barr. Cercetările legate de SOC, fibromialgie şi durere miofascială identifică similarităţi ale acestor

tulburări pe bună dreptate – cauza lor este aceeaşi.

O analiză cuprinzătoare a tuturor aspectelor SOC a fost publicată în octombrie 1996 sub forma unui raport al unui grup de lucru format din specialişti de la trei universităţi de prestigiu – medici, psihiatri şi specialişti de medicină generală. Bazându-se pe cercetările publicate, precum şi pe propria experienţă clinică, ei au explorat definiţia SOC, cauzele posibile, testele diagnostice destinate pacienţilor cu acest sindrom şi tratamentul.

Grupul nu a reuşit să identifice vreo boală (de ex. Infecţie, cancer etc.) care să cauzeze acest sindrom, dar au descoperit că mai mult de jumătate dintre persoanele cu SOC au avut una sau mai multe dintre următoarele simptome: depresie, tulburări de somn, concentrare slabă, agitaţie, sentimente ale lipsei de valoare, vină, idei suicidare şi modificări de apetit sau greutate. Alţi 25 la sută au avut de suferit din cauza anxietăţii şi a ceea ce comisia de investigare numeşte „tulburări de somatizare", simptome fizice care sunt asociate cu depresia şi anxietatea.

Raportul a subliniat faptul că practicienii trebuie să accepte simptomele ca reale (opuse celor imaginare sau hipocondriace). Cele mai promiţătoare abordări terapeutice au sporit treptat activitatea fizică şi frecvenţa terapiei comportamental-cognitive, o formă de psihoterapie care îşi propune să „intensifice activitatea, să reducă comportamentul de evitare, să îmbunătăţească încrederea şi sentimentul de control asupra bolii, să reevalueze înţelegerea bolii, să combată depresia şi anxietatea şi să identifice tiparele de gândire şi atribuire care pot contribui la această incapacitate".

Deşi nu suficient de precis, acest raport este un document important. El trimite la planul psihologic ca factor dominant în SOC, atât în ce priveşte cauza, cât şi tratamentul ei. Practicienii ar trebui să recunoască faptul că ambele tipuri de simptome, psihologice şi fizice, pot fi rezultatul unor sentimente inconştiente puternice. Durerea, oboseala, anxietatea şi depresia sunt toate simptome. Abordarea terapeutică ar trebui să fie cognitiv-analitică. Nu poţi să „combaţi" anxietatea şi depresia; trebuie să găseşti motivul care le produce. Când pacienţii se confruntă cu sentimentele inconştiente responsabile pentru simptomele lor, acestea din urmă dispar.

Disfonia spastică

Disfonia spastică este o tulburare a vocii, cauzată de spasmul corzilor vocale (laringospasm). Timp de mulţi ani s-a crezut că originile ei sunt psihologice, însă, la fel cum s-a întâmplat cu multe alte maladii, cei care studiază în prezent problema consideră că cele mai multe cazuri sunt neurogene, adică sunt rezultatul unor disfuncţii cerebrale. Totuşi, unele cazuri sunt încă diagnosticate ca fiind

psihogene, iar în alte cazuri cauza nu este cunoscută (idiopată).

Există două tipuri principale de disfonie spastică (DS): una care afectează muşchii aductori ai laringelui, în care corzile vocale stau mai mult sau mai puţin închise, producând un fel de vorbire tensionată, sugrumată, spasmodică; şi cea care afectează muşchii abductori, în care corzile sunt depărtate astfel încât vocea sună murmurat sau dispare intermitent.

Pe baza consultaţiei câtorva pacienţi suferinzi de DS pe care i-am consultat şi care avuseseră cu toţii sindroame de durere de spate, bănuiala mea este că cele mai multe cazuri de disfonie spastică sunt psihogene, dar nu sunt identificate ca atare pentru că persoana în cauză nu are nicio problemă psihologică evidentă. Emoţiile semnificative sunt refulate în inconştient.

Dificultatea cercetărilor legate de probleme de sănătate cum sunt STM sau DS este aceea că testele psihometrice nu dezvăluie prezenţa sentimentelor refulate. Este de înţeles că acele sentimente care sunt cele mai dureroase şi mai nedorite vor fi refulate cel mai adânc şi vor fi cel mai greu de accesat.

Un studiu excelent publicat în *Journal of Communication Disorders* ilustrează această problemă de cercetare. Autorul a descoperit că zece din optsprezece pacienţi cu DS au fost fie anxioşi, fie depresivi şi cinci din zece au avut ambele tulburări. În plus, pacienţii cu DS s-au plâns de simptome fizice mai mult decât corespondenţii lor dintr-un grup de control, potriviţi ca vârstă, sex şi dexteritate manuală (dreptaci sau stângaci).

Din punctul meu de vedere, studiul nu a dezvăluit motivul psihologic al DS la niciunul dintre pacienţi pentru că nu a scos la iveală ceea ce era refulat în inconştient. Anxietatea sau depresia identificată la cei zece era în mod evident o reflectare a unei probleme esenţiale în inconştient care cauza acele stări afective.

Psihologii şi psihiatrii de orientare psihanalitică sunt criticaţi pentru că nu produc date obiective pentru a-şi sprijini concluziile legate de tulburările psihosomatice. Din păcate, cea mai mare parte a măsurilor psihometrice sunt inutile pentru că ceea ce măsoară ele nu este relevant pentru problema în discuţie. Aducerea la lumină a sentimentelor puternice, înfricoşătoare poate fi făcută numai de un terapeut abil. Nu-mi pot imagina un test psihometric care ar putea să facă acelaşi lucru, deşi sunt sigur că ar fi un avantaj pentru umanitate dacă cineva ar putea să-l alcătuiască.

În completarea celor discutate aici, un mare număr de tulburări fizice cauzate psihologic sunt mai puţin frecvente, dar la fel de nocive. Afecţiunile oftalmologice nediagnosticate, sindromul gurii uscate şi laringita idiopatică, de exemplu, sunt psihogene. Cred că niciun organ sau sistem din corp nu este imun la factorul psihogen.

Este important să evităm concluzia pripită conform căreia, dacă emoţiile sunt implicate în etiologie, înseamnă că pacienţii îşi provoacă singuri boala. Este la fel de ilogic ca atunci când te-ai simţi vinovat pentru că ai „lăsat" bacteria să intre în corp. Oamenii cu boli psihogene nu îşi provoacă în mod deliberat boala şi nici nu pretind fără temei că nu se simt bine. Ceea ce vedem este influenţa reciprocă a unor procese complicate, atât fiziologice, cât şi psihologice, care se află în afara conştiinţei vigile şi a controlului nostru. Mulţi factori genetici şi de mediu contribuie la produsul finit numit personalitate. Dezvoltarea acesteia este un proces extrem de complicat pe care noi abia începem să-l înţelegem. A te simţi vinovat în ce priveşte tulburările cauzate emoţional este fără rost şi ilogic. Din fericire, a afla despre emoţiile personale şi felul în care conduc la disfuncţia corpului este un fapt terapeutic. Aceasta este lecţia pe care am învăţat-o în experienţa mea cu STM şi cu echivalenţii acestuia.

Tulburările tocmai descrise sub titulatura mai largă a STM şi echivalenţii lor sunt fără îndoială responsabile pentru o proporţie substanţială a problemelor medicale ale lumii occidentale. Gestionarea lor adecvată ar alina mult suferinţa şi ar reduce costul enorm al îngrijirii medicale care împovărează în prezent societatea modernă.

8

Tulburări agravate de emoţii

Deşi există o relaţie clară şi directă între emoţii şi STM şi echivalenţii săi, nu avem încă dovezi clare, ci doar semne că procesele inconştiente participă la geneza tulburărilor pe care suntem pe cale să le discutăm. Pentru că sunt mai grave şi adesea ameninţă viaţa, posibilitatea ca emoţiile să joace un rol etiologic important necesită un studiu intens.

Cred că o mare parte din cercetarea care s-a făcut până acum în aceste condiţii este viciată pentru că ea nu ia în considerare posibilitatea ca emoţiile să contribuie la declanşarea acestor boli şi, ca urmare, nu include acest factor în designul de cercetare. Cercetările recente au lăsat puţine îndoieli privitoare la legătura intimă dintre creier şi o varietate de sisteme ale corpului despre care se credea anterior că funcţionează autonom. Totuşi, cercetătorii acordă atenţie factorilor emoţionali numai în contextul influenţei lor asupra *cursului* bolii autoimune, al cancerului sau al infecţiilor – şi nu asupra *cauzei* lor.

Bolile autoimune

În comparaţie cu STM şi echivalenţii săi, bolile autoimune sunt caracterizate de modificarea patologică a ţesutului care este mai mult sau mai puţin permanentă. Acest lucru este deosebit de malign pentru că procesele de distrugere a ţesutului sunt generate în propriul corp al pacientului, de aici componenta „auto” din diagnostic. Bolile autoimune par a fi exemple de disfuncţii „răuvoitoare” ale sistemului imunitar.

Grupul de boli include artrita reumatoidă, scleroza multiplă, diabetul, boala lui Graves, periartrita nodoasă, lupus eritematos, miastenia gravis (boala „invizibilă”, anemia hemolitică, purpura trombocitopenică, anemia pernicioasă, boala lui Addison idiopată, glomerulonefrita, sindromul lui Sjogren, sindromul Guillain-Barre, unele cazuri de infertilitate şi multe alte tulburări. Descrierea acestor boli se înscrie dincolo de aria de acoperire a acestei cărţi.

Cercetări numeroase demonstrează varietatea căilor prin care creierul poate modula sistemul imunitar. De exemplu, multiplii hormoni secretaţi de glanda pituitară, care are efecte directe şi indirecte asupra sistemului imunitar se află sub controlul

hipotalamusului, care la rândul lui poate fi influenţat de niveluri superioare ale creierului (suprahipotalamice), cele care au de-a face cu gândirea şi emoţiile.

În cartea sa *Anatomy of an Illness (Anatomia unei boli),* Norman Cousins a descris experienţa sa cu artrita reumatoidă, o tulburare autoimună clasică. Starea lui se înrăutăţea progresiv când a decis să se trateze cu propriile-i mijloace, ca să spun aşa. Şi-a amintit de lucrarea lui Walter B. Cannon despre înţelepciunea corpului şi în special de observaţiile lui Hans Selye, conform cărora factori emoţionali, cum ar fi frustrarea sau furia refulată, ar putea conduce la o „dosire" a glandei suprarenale, care, după cum ştim din cercetările moderne, poate afecta considerabil funcţia imunitară. Cousins s-a vindecat singur prin aplicarea a ceea ce el a numit „emoţii pozitive", care contracarau efectul „emoţiilor negative". De asemenea, el a pus vindecarea şi pe seama unor doze mari de vitamina C, dar a admis că aceasta ar fi putut să fie rezultatul efectului placebo.

Cartea lui Cousins şi un articol pe care el l-a scris pentru *New England Journal of Medicine* au făcut la momentul acela o impresie puternică atât asupra publicului larg, cât şi asupra medicilor. Tendinţa de căutare a metodelor alternative de tratament începuse deja. Istoric vorbind, mulţi doctori cunoşteau puterea minţii. Cousins probabil că i-a convins doar pe cei deja „convertiţi", pentru că cea mai mare parte a medicinei a urmat în continuare abordarea mecanicistă de diagnoză şi tratament pe care el o condamna atât de elocvent. Medicina convenţională nu a realizat până în prezent că mişcarea spre medicina alternativă în Statele Unite reflectă eşecul ei de a face faţă în mod eficient diverselor boli, afecţiunile dureroase reprezentând cel mai bun exemplu.

Un vag semn de speranţă ar putea fi considerat un articol apărut în *Journal of the American Medical Association* în aprilie 1999, referitor la beneficiul fizic al relatării scrise a experienţelor stresante pentru pacienţii cu artrită reumatoidă şi astm. Acest studiu este similar celui discutat în secţiunea dedicată sindromului Epstein-Barr, şi care arăta că povestirea scrisă a situaţiilor perturbatoare din punct de vedere emoţional a produs o scădere a cantităţii de anticorpi Epstein-Barr. Potrivit clasificării noastre, astmul este un echivalent al STM, dar nu şi artrita reumatoidă, care este o tulburare autoimună. Oricum, studiul din 1999 este o dovadă că factorii emoţionali joacă un rol în etiologia tulburărilor autoimune. Faptul că studiul era dezbătut şi într-un editorial intitulat „Emoţional Expression and Disease Outcome" („Efectele exprimării emoţiilor asupra bolii") este o bază pentru optimismul rezervat că medicina americană începe să devină conştientă de relaţia dintre emoţii şi bolile fizice.

Hipertensiunea

Deşi am avut câţiva pacienţi care au avut o tensiune arterială ridicată după ce le-a dispărut durerea, aceasta nu a fost inclusă ca un echivalent al STM pentru un număr de motive.

Primul motiv ar fi acela că este o afecţiune lipsită de simptome. Oamenii nu ştiu că au hipertensiune, cu excepţia unor împrejurări rare, până în momentul în care le este măsurată tensiunea. Deci niciun factor de distragere a atenţiei, nicio strategie de evitare nu funcţionează.

Al doilea motiv are legătură cu faptul că hipertensiunea poate contribui la probleme medicale grave cum ar fi ateroscleroza (întărirea arterelor) şi dilatarea inimii, ceea ce o situează într-o categorie diferită de STM şi echivalenţii săi.

În fine, unele cazuri de hipertensiune sunt considerate de experţi ca fiind genetice, ceea ce nu este adevărat despre STM sau vreunul dintre echivalenţii săi, iar multe altele sunt cauzate de tulburări specifice, cum ar fi bolile de rinichi sau o tumoare dezvoltată pe glandele suprarenale cunoscută ca feocromocitom.

Chiar dacă nu este un echivalent STM, există dovezi că un anumit gen de hipertensiune este o tulburare psihogenă. La Centrul Cardiovascular de la Universitatea de Medicină „Cornell" din New York, specialistul în medicină internă Samuel J. Mann, a ajuns la concluzia că emoţiile refulate şi *nu* „stresul conştientizat şi discutat" joacă rolul primar în dezvoltarea multor cazuri de hipertensiune. Rezultatele sale sunt extrem de interesante; ele reprezintă un progres în domeniul medicinei „fizice". În cele din urmă, medici ca dr. Mann şi ca mine trebuie să recunoască natura psihogenă a tulburărilor fizice, pentru că simptomele fizice reprezintă domeniul nostru şi nu al psihiatrului. Oamenii consultaţi de psihiatri reprezintă numai o mică proporţie a populaţiei cu afecţiuni psihosomatice – şi se pare că mai toată lumea suferă de aşa ceva.

Un alt grup de cercetători conduşi de dr. Peter Schnall de la acelaşi centru a demonstrat în mod decisiv că hipertensiunea este legată de „stresul ocupaţional", dar şi de sentimentul pierderii controlului, un alt factor specific important. Nu este dificil să-ţi imaginezi că această lipsă a controlului tradusă în furie inconştientă, care nu poate fi exprimată din motive evidente, este refulată în mod automat.

Hipertensiunea este o afecţiune care pare să fie mai gravă decât STM şi echivalenţii săi, dar nu la fel de gravă ca alte afecţiuni cardiovasculare, boli autoimune sau cancer. Din punct de vedere psihologic, cineva ar putea emite ipoteza că nevoia de patologie fizică

este mai mare la hipertensivi decât la pacienţii cu STM, dar nu la fel de mare ca a celor care dezvoltă boli şi mai grave. Voi afirma din nou că acest lucru ar putea fi în legătură cu magnitudinea furiei şi cu profunzimea refulării. Cu cât furia este mai adânc refulată, cu atât este mai mare potenţialul pentru o boală gravă. Ideea este, desigur, destul de speculativă.

Arterioscleroza, ateroscleroza, „întărirea arterelor"

Acestea toate sunt denumiri pentru depunerea formaţiunilor de grăsime (plăci) pe suprafaţa interioară a arterelor, proces care duce la îngustarea acestora şi la apariţia unor posibile blocaje. La nivelul creierului, rezultatul poate fi un atac cerebral; la nivelul inimii, acestea pot declanşa o varietate de reacţii, inclusiv un infarct miocardic. Arterele din tot corpul pot fi afectate, rezultând diverse probleme, cum ar fi tulburări circulatorii în picioare, boli de rinichi sau chiar orbire.

Dacă arterioscleroza apare sau cât de repede se dezvoltă, aceasta depinde de câţiva factori ce includ ereditatea, predispoziţia, dieta, prezenţa diabetului, cantitatea de efort şi emoţiile.

Doctorii Meyer Friedman şi Ray Rosenman, în cartea lor *Type A Behavior and Your Heart (Comportamentul de tip A* şi *inima ta),* au sugerat că factorii psihologici ar putea juca un rol în dezvoltarea arteriosclerozei coronariene, în prezent aproape că e o modă culturală să clasifici unii oameni ca aparţinând tipului A de personalitate. Cartea sugerează că a fi ambiţios, dependent de muncă, agresiv, competitiv, ostil – atributele personalităţii de tip A – predispune într-un fel la arterioscleroza coronariană. Cercetări ulterioare sugerează că ostilitatea este cea mai importantă dintre aceste caracteristici de personalitate. De vreme ce ostilitatea *poate fi* manifestarea în exterior a furiei interne, este rezonabil să considerăm că furia este factorul cauzal cel mai important. Trăsăturile personalităţii de tip A sunt similare celor care conduc la STM şi la echivalenţii săi.

Un studiu publicat în 1990 a demonstrat, o dată în plus, importanţa factorilor emoţionali în dezvoltarea arteriosclerozei coronariene. Dean Ornish şi colegii săi de la Universitatea de Medicină din California au demonstrat că plăcile arteriosclerotice din arterele coronariene ar putea într-adevăr să fie diminuate de-a lungul unei perioade de câteva luni, dacă pacienţii aderă la un program constând într-o dietă specială, în activităţi de stăpânire a stresului, cum ar fi meditaţia, relaxarea, tehnicile de vizualizare şi de respiraţie, în exerciţii aerobice moderate şi discuţii în grupuri de terapie suporţi vă. Pacienţii din grupul de control au demonstrat o agravare treptată a arteriosclerozei, în timp ce pacienţii supuşi studiului au avut mai puţine episoade de angină pectorală (durere) şi o întărire redusă a arterelor coronariene. Părerea

mea este că atenţia faţă de factorii psihologici a fost motivul primar pentru reducerea arteriosclerozei coronariene.

Dacă factorii emoţionali constituie o cauză principală a arteriosclerozei coronariene, este logic să concluzionăm că aceştia joacă un rol şi în ateroscleroza din orice altă regiune a corpului.

Prolapsul de valvă mitrală (PVM)

Aceasta este o anomalie structurală misterioasă şi interesantă, prezentă într-una din valvele inimii. Ea pare a fi inofensivă, de vreme ce nu împiedică funcţia cardiacă normală. Variind ca gravitate de la an la an, la unele persoane ea dispare în întregime.

Cercetările au descoperit că afecţiunea pare a fi rezultatul activităţii sistemului nervos autonom, la fel ca în cazul STM şi al multora dintre echivalenţii săi. Un editorial nesemnat apărut în numărul din 3 octombrie 1987 al publicaţiei *Lancer* a rezumat literatura medicală ce leagă sistemul nervos simpatic de PVM şi a observat că o disfuncţie autonomă similară se întâlneşte la persoanele cu anxietate. Cred că modificările chimice asociate atât cu anxietatea, cât şi cu PVM sunt rezultatul fenomenelor emoţionale inconştiente, că furia refulată ar putea fi numitorul comun al acestor afecţiuni medicale aparent diferite. Încă o dată, psihologia dirijează chimia şi nu viceversa.

Un alt studiu remarcă incidenţa mare a PVM la pacienţii cu fibromialgie, care este parte a STM.

Din experienţa mea pot spune că PVM nu este cauza neregularităţilor de ritm cardiac, după cum s-a susţinut în general. Ambele sunt psihosomatice şi, ca urmare, pot coexista. Oamenii care au PVM pot să meargă perioade lungi fără să aibă un puls neregulat, chiar dacă prolapsul de valvă mitrală îi afectează în continuare.

Cancerul

Multe studii şi observaţii de-a lungul anilor au menţionat rolul posibil al emoţiilor în etiologia şi cursul cancerului. Celor interesaţi de acest subiect le recomand să citească lucrările lui Lawrence Leshan, Kenneth Pelletier, Cari Simonton, Steven Locke şi Lydia Temoshok. Cartea doctorului Locke, *The Healer Within (Vindecătorul dinăuntru),* scrisă împreună cu Douglas Colligan, oferă o excelentă sinteză a muncii care s-a desfăşurat în acest domeniu de-a lungul anilor.

Există ample mărturii că factorii psihologici joacă un anumit rol în geneza şi cursul ulterior al cancerului, de îndată ce a debutat. Care este rolul lor exact rămâne să fie lămurit.

Toate fiinţele umane dau naştere probabil din când în când unor

tumori, dar sistemul imunitar le recunoaşte ca entităţi indezirabile şi le distruge cu promptitudine. Au emoţiile vreun rol în acest stadiu timpuriu al apariţiei cancerului, când noile excrescenţe reprezintă numai câteva celule maligne? Aceasta este o întrebare care ar trebui luată în serios de cercetările legate de cancer.

Dacă sistemul imunitar eşuează în această primă misiune, celulele cancerigene continuă să se reproducă şi tumora creşte. Emoţiile joacă oare un rol în acest stadiu secundar? În capitolul referitor la cancer şi minte din cartea lor *The Healer Within,* Locke şi Colligan au descris cercetările Lydiei Temoshok asupra pacienţilor cu melanom malign. Aceasta, împreună cu colegii ei, a descoperit că majoritatea acestor pacienţi simţeau o nevoie puternică de a fi amabili. Ei nu-şi exprimau niciodată furia, frica sau tristeţea şi aveau tendinţa de a-şi face griji mai mult pentru cei dragi decât pentru ei înşişi. Sentimentele rele nu erau permise. Ce interesant, m-am gândit, că mulţi pacienţi cu STM au aceleaşi trăsături de personalitate! De ce au căpătat ei STM în loc de melanom malign?

Teoria pe care am propus-o este aceea că în spatele faţadei simpatice a unor pacienţi cu cancer există o furie enormă care este în acelaşi timp rezultatul constrângerii de a fi o persoană bună („obsesia binelui") şi sursa acelei nevoi. După cum s-a afirmat în Partea I a acestei cărţi, impulsul de a mulţumi pe toată lumea provoacă furie Sinelui interior narcisic şi, în acelaşi timp, Părintele din minte spune: „Eşti o persoană atât de ticăloasă şi mânioasă înăuntrul tău! Ai face bine să fii drăguţ!" Trebuie să ne obişnuim cu ideea că mintea-creier este o conglomerare de gânduri şi sentimente care se află adesea în contradicţie unele cu celelalte. Nu este organul ordonat, bine organizat, logic care ne-ar plăcea să fie.

Şi alţi factori psihologici au legătură cu cancerul. Psihologii l-au asociat de mulţi ani cu melancolia şi depresia. Evenimentele traumatice sunt adesea precursoare ale cancerului. Unii pacienţi cu cancer sunt reţinuţi din punct de vedere emoţional, alţii se simt lipsiţi de speranţă şi ajutor şi mulţi au avut relaţii nesatisfăcătoare cu părinţii. Toate acestea au fost observate şi la pacienţii cu STM şi echivalenţii săi. Din nou, de ce se aleg pacienţii cu STM cu un proces în esenţă benign în locul cancerului?

Esenţial pentru teoria referitoare la STM este că multe aspecte ale vieţii sunt surse de presiune, după cum au fost descrise în Partea I a acestei cărţi şi că aceste presiuni produc o furie internă. Interacţiunea psihodinamică a perfecţionismului, „obsesiei binelui" şi furiei este un exemplu. Evenimentele stresante ale vieţii creează o furie în inconştient; relaţiile parentale de slabă calitate şi abuzurile din copilărie au ca rezultat câteodată furia permanentă.

Dacă furia acumulată rezultă în STM şi echivalenţii săi, atunci,

potrivit teoriei mele, boala autoimună, tulburările cardiovasculare şi cancerul depind de dimensiunea furiei şi de profunzimea sau puterea refulării ei. Oamenii care suferă pierderi personale mari, ca moartea unui părinte sau a unui soţ de care depindeau emoţional, pot genera cantităţi enorme de furie, suficiente pentru a declanşa cancerul. Motivul pentru care mulţi factori psihologici au fost puşi în legătură cu cancerul este acela că toţi aceştia induc furia interioară. După părerea mea, acesta este numitorul comun care conduce la o varietate de reacţii psihosomatice, unele benigne, altele maligne. În mod evident, dacă este să utilizezi psihoterapia într-un efort de a inversa un proces psihosomatic, munca trebuie făcută asupra surselor furiei, nu asupra furiei înseşi.

Experienţa mea cu STM mi-a oferit o oportunitate unică de a teoretiza asupra subiectului. M-am ocupat cu succes de o tulburare care în cele mai multe cazuri este în mod clar rezultatul furiei refulate şi am făcut asta învăţând pacienţii să recunoască acest fapt şi, dacă este nevoie, să lucreze cu un psihoterapeut. După cum se va vedea în Partea a III-a a acestei cărţi, între 85 şi 90 la sută dintre pacienţi au succes fără psihoterapie. Dacă programul meu ar putea fi aplicat sau nu persoanelor cu boli autoimune, cardiovasculare sau canceroase este o întrebare la care vor răspunde cercetările viitoare. Principiul meu se poate aplica, însă bănuiesc că procesul terapeutic ar fi mult mai anevoios cu aceste boli mult mai grave decât cu STM.

Asta mă duce cu gândul la una dintre cele mai recente vindecări miraculoase de cancer relatate în *Vogue*. Alice Epstein a fost diagnosticată cu o formă malignă de cancer la rinichi şi i s-a spus că nu mai are mult de trăit. Ea a respins acea prognoză, a început să-şi privească atent viaţa şi a început psihoterapia. A supravieţuit şi şi-a împărtăşit experienţa într-o carte.

Norman Cousins şi alţii discută despre acest tip de proces de mai mulţi ani.

Există multe întrebări care îşi aşteaptă răspunsul, mistere care îşi caută rezolvarea pe tărâmul medicinei psihosomatice. De exemplu, ce determină creierul să aleagă cancerul, boala cardiovasculară sau autoimună când furia este mai profund ascunsă? Se va dovedi mai uşor să identificăm procesele patofiziologice implicate în fiecare caz decât să aflăm de ce a fost ales cancerul, de ce artrita reumatoidă, de ce arterioscleroza coronariană.

Homo sapiens reprezintă ultima treaptă a evoluţiei, cel puţin în acest sistem solar. Gloria încoronată a speciei noastre este mintea, aflată fără îndoială încă în stare de evoluţie, dar ajunsă deja într-un stadiu destul de remarcabil. Puterea vorbirii şi a gândului creator, ca să amintim doar două dintre capacităţile sale, sunt atât de speciale şi de complicate, încât nu avem încă nicio noţiune despre felul în care se

realizează ele.

Studiul emoţiilor se află, de asemenea, în faşă, aşa încât mulţi cercetători în ştiinţele medicale nu sunt conştienţi încă de impactul emoţiilor asupra funcţiilor corpului. Scopul acestei cărţi este să atragem atenţia asupra acestei legături.

PARTEA A TREIA

Tratamentul tulburărilor minte-corp

9

Programul terapeutic: puterea cunoaşterii

De vreme ce citeşti această carte, probabil că de săptămâni, luni sau ani suferi de o afecţiune dureroasă. Nici durata nu este importantă pentru diagnosticul de STM, şi nici faptul că e posibil să fi avut mai multe episoade de durere care au debutat cu un accident sau cu o rănire.

Consideră că aceasta este prima consultaţie pe care o ai cu mine. Durerea ta ar putea fi localizată în zona lombară, însoţită de amorţeală, furnicături sau slăbiciune în orice parte a unuia sau a ambelor picioare. Ar putea fi în mijlocul sau în zona superioară a spatelui. Ar putea fi la gât şi umăr, cu durere, amorţeală, furnicături sau slăbiciune în ambele braţe şi mâini. Ar putea fi în regiunea articulaţiei umărului, la cot, la încheietură, la degete, la şold, la genunchi, în gleznă, partea de sus sau de jos a piciorului, pe una sau pe ambele părţi.

Toate acestea sunt manifestări comune ale STM.

Durerea se poate înrăutăţi în timpul zilei sau al nopţii. Ar putea fi acută când te trezeşti şi încerci să te dai jos din pat, atenuându-se treptat pe măsură ce trece ziua; sau ai putea să fii în forma cea mai bună când te trezeşti dimineaţa şi să suporţi durerea crescândă pe parcursul zilei. Ar putea fi agravată sau atenuată când stai jos, în picioare sau mergi. Te-ai putea teme să te apleci sau să ridici greutăţi; dacă nu poţi să faci aceste lucruri, nu vei fi capabil să faci faţă slujbei, să alergi sau să practici un sport sau să faci exerciţii fizice. Ţi-ar putea fi frică de efortul fizic, indiferent cât de uşoară este sarcina sau mişcarea.

Sau este posibil să fi continuat să fii activ din punct de vedere fizic, inclusiv să practici sporturi energice, în ciuda durerii. Ai putea să simţi durerea în momente ciudate, ilogice şi nu atunci când s-ar părea că ar trebui.

Acestea sunt toate scenarii comune pentru oameni cu STM şi sunt exemple clasice despre cum ajung să fie programaţi să simtă durere în anumite momente şi în asociere cu diverse activităţi sau poziţii.

Cea mai mare parte a timpului te afli sub impresia că ceva nu este în regulă cu spatele tău sau cu gâtul sau umerii, că ai o malformaţie sau o degenerare a unor părţi din coloană, o deplasare sau o hernie de disc, o fibromialgie, o ruptură sau o întindere de muşchi, o tendinită pe undeva. Aceste diagnostice sunt de obicei confirmate de radiografii, de scanarea TE sau de RMN şi este foarte probabil ca durerea ta să se

înrăutăţească considerabil când afli ce arată aceste teste.

Viaţa ta poate fi literalmente dominată de afecţiunea dureroasă; te chinuieşti în fiecare moment. Ai fost la mulţi doctori şi ai încercat multe tratamente dar, deşi te simţi bine un timp, afecţiunea recidivează invariabil.

Familia ta şi prietenii sunt alături de tine şi te avertizează constant să ai grijă.

Am aflat toate aceste lucruri de la tine pe parcursul relatării istoricului tău. Consultul n-a dezvăluit în sine vreo anomalie neurologică sau o gamă de anomalii relativ minore cum ar fi pierderea reflexului la un tendon, unele slăbiciuni uşoare sau schimbarea în perceperea unui stimul dureros ca o înţepătură de ac. Unii dintre voi aţi avut capacitatea de a vă deplasa sau de a vă schimba poziţia pe patul de consultaţie sau de a vă apleca, iar alţii aţi fost remarcabil de agili. Însă, practic cu toţii aţi simţit durerea când am apăsat anumiţi muşchi din fesa laterală, de pe şale şi de pe umeri. În plus, aproximativ 80 la sută dintre voi aţi simţit durere când am apăsat pe tendoanele lungi din partea laterală a ambelor coapse.

Din cauza constatărilor fizice şi a istoricului, am conchis că ai avut STM şi am continuat prin a-ţi spune ce înseamnă asta. Am spus că anomaliile structurale identificate anterior nu au fost cauza durerii tale şi că îţi voi arăta dovezi pe loc şi apoi pe parcursul cursurilor mele pentru a sprijini acea concluzie. Durerea, rigiditatea, arsura, presiunea, amorţeala, furnicăturile şi slăbiciunea erau provocate de o lipsă uşoară de oxigen din muşchii, nervii sau tendoanele în cauză. În sine, asta era ceva inofensiv. Deşi ar putea produce o durere mult mai acută decât orice altceva ştiu eu în medicina clinică, n-ai rămâne cu sechele când simptomele ar dispărea.

Am continuat apoi să explic de ce creierul a considerat potrivit să reducă fluxul sanguin spre aceste zone, cauzând aceste simptome îngrijorătoare; cum furia şi alte sentimente puternice din inconştient ameninţau să iasă la suprafaţă în conştient şi durerea a trebuit să fie creată ca un factor de distragere a atenţiei pentru a preveni acest lucru. În cele mai multe cazuri ai fost conştient de factorii psihologici importanţi, cum ar fi stresul, perfecţionismul şi „obsesia pentru bine” sau o traumă din copilărie, care erau responsabile pentru durere. Ai fost asigurat că rezolvarea (vindecarea) va veni odată cu înţelegerea procesului. Am spus că toate acestea vor fi elaborate şi clarificate pe parcursul a două cursuri, pentru că nu este suficient timp pentru a prezenta întreaga poveste pe durata unei consultaţii la cabinet. Vom fi petrecut patruzeci şi cinci de minute împreună.

Acest rezumat al consultaţiei iniţiale sugerează care va fi programul terapeutic. Trebuie cumva să zădărnicim strategia creierului. Pentru a realiza acest lucru, încurajez pacienţii:

• să respingă diagnosticul structural, motivul „fizic” al durerii (STM este un tip diferit de proces fizic);

• să recunoască bazele psihologice ale durerii;

• să accepte explicaţia psihologică şi toate ramificaţiile sale ca normale pentru oamenii sănătoşi în societatea noastră.

Respingerea diagnosticului structural

Durerea nu se va opri dacă nu eşti capabil să spui: „Am un spate normal; ştiu acum că durerea este provocată de o afecţiune inofensivă în esenţă, iniţiată de creier pentru a servi unui scop psihologic şi că malformaţiile care au fost găsite la radiografie, scanarea TE sau RMN sunt modificări normale asociate cu activitatea şi înaintarea în vârstă.”

Această conştientizare iniţială este esenţială pentru a zădărnici strategia creierului, care este aceea de a-ţi îndrepta atenţia numai asupra corpului şi de a te ţine în neştiinţă în ce priveşte sentimentele ameninţătoare din inconştient. După cum am explicat în Partea I a acestei cărţi, minţii îi este teamă că furia inconştientă va erupe în conştient.

De ce ar trebui să laşi la o parte semnificaţia malformaţiilor? În cele mai multe cazuri anomalia nu explică în mod adecvat durerea; ea apare adesea în locul nepotrivit sau la momentul nepotrivit, cum ar fi când te odihneşti confortabil în pat. Îmi amintesc de un bărbat care şi-a încărcat camioneta toată ziua şi a simţit durere numai când s-a aplecat deasupra chiuvetei să se bărbierească dimineaţa. Poate că cel mai convingător este că am văzut mii de oameni cu o mare varietate de modificări structurale la coloană (sau care au avut un diagnostic de fibromialgie), recuperându-se complet zile sau săptămâni după ce au aflat de STM. Experienţa este un profesor minunat, cu toate că lecţia pe care ţi-o dă este dură.

Principiul simultaneităţii

Simptomele STM încep adesea în asociere cu o anomalie structurală cunoscută – de exemplu, durerea de spate sau picior la cineva ale cărui teste CT sau RMN demonstrează o hernie de disc aproximativ în regiunea corectă care explică simptomele. În aceste cazuri viteza cu care persoana scapă de durere ne spune că hernia de disc nu a fost responsabilă pentru durere.

Prezenţa unei anomalii de disc este un obstacol pentru mulţi

pacienţi care nu sunt conştienţi că aceasta este o demonstraţie a isteţimii şi ingeniozităţii minţii atunci când doreşte ea să creeze un factor fizic de distragere a atenţiei. Mintea este conştientă de tot ce se petrece în corp, inclusiv de localizarea discului herniat, de rupturile de menise la nivelul articulaţiei genunchiului şi de ruptura inelului rotatorilor de la umăr. Poate suna fantezist, însă experienţa clarifică faptul că creierul va iniţia durerea STM acolo unde există o anomalie structurală pentru a te impresiona în plus şi pentru a-ţi îndrepta atenţia mai ferm asupra corpului tău, în timp ce el va induce durerea în locul unei vătămări mai vechi.

Tendinţa de a atribui durerea unei anomalii structurale este irezistibilă şi chiar îndreptăţită în unele cazuri, dar, evident, nu în majoritatea situaţiilor; STM este de obicei adevărata cauză a durerii. Un doctor care este familiar cu STM poate face această distincţie.

Din fericire, noi studii ajută la convingerea pacienţilor că anomaliile structurale sunt destul de comune şi arareori dureroase. Unul dintre cele mai impresionante a apărut în *New England Journal of Medicine,* în iulie 1994. Un grup de cercetători de la Hoag Memorial Hospital din Newport Beach, California, şi Cleveland Clinic au anunţat că au descoperit deplasări de disc lombar şi protruzii la testele RMN la şaizeci şi patru din nouăzeci şi opt de bărbaţi şi femei care nu avuseseră niciodată durere de spate. Acesta este numai unul dintre cele mai recente din numeroasele studii de-a lungul anilor care atestă că anomaliile structurale nu cauzează durerea de spate. În ciuda acestui fapt, aproape toţi medicii şi alţi practicieni continuă să atribuie durerea anomaliilor structurale (malformaţiilor).

Recunoaşterea bazelor psihologice ale durerii

Creierul încearcă cu disperare să ne distragă atenţia de la furia din inconştient. Aceasta este o reacţie automată a minţii, ea nu este bazată pe logică sau raţiune. Aşa că trebuie să ne servim de raţiunea pentru a înţelege acest proces. Ideea de bază este că putem influenţa inconştientul, reacţiile automate, prin aplicarea proceselor de gândire conştientă. Ipoteza mea nu mai este o simplă teorie, pentru că am văzut-o funcţionând pentru mii de pacienţi.

Multiplele motive pentru furia reprimată au fost discutate în Partea întâi a acestei cărţi. Ai putea dori să le revezi acum. Trebuie să te gândeşti la furie mai degrabă decât la „unde” şi „cât de rău” te doare.

Tărâmul inconştientului nu este logic sau raţional cum este mintea conştientă. El reacţionează în mod automat şi câteodată în moduri foarte ciudate. Dezvoltarea STM este un bun exemplu.

Te întrebi: „Care este sensul producerii durerii pentru a distrage

atenţia cuiva de la furia refulată? Aş prefera să mă confrunt cu furia decât să am durerea”.

E o întrebare bună. Însă modul în care este organizat în prezent sistemul emoţional uman, din punctul de vedere al evoluţiei, determină felul în care va reacţiona acesta, într-un mod care nu este întotdeauna tocmai raţional. De vreme ce creierul evoluează, la un moment dat, peste secole sau milenii, este foarte probabil că inconştientul va fi mai raţional. Dar pentru moment trebuie să realizăm cât de diferită este mintea inconştientă de cea conştientă, pentru a înţelege modul în care apar STM şi echivalenţii săi. Mintea inconştientă este aparent îngrozită de furie şi reacţionează ca atare.

Acceptarea factorului psihologic

Trebuie să ne spunem: „Este în regulă să fim aşa cum suntem: ilogici, furioşi inconştienţi, ca un copil cu toane. Face parte din a fi uman şi este universal”.

Am enunţat trei principii de tratament: respingerea elementului somatic, recunoaştea şi acceptarea psihologicului. Din punct de vedere practic, cum putem să lucrăm zilnic pentru a obţine aceste rezultate? Iată în continuare câteva strategii.

Gândeşte psihologic

Le spun pacienţilor mei că de fiecare dată când resimt durerea trebuie să se gândească în mod conştient la furia reprimată şi la motivele care o provoacă. Acest lucru este în contradicţie cu ceea ce creierul încearcă să facă. Acest efort este un contraatac, o încercare de a sabota strategia creierului. Este esenţial să ne concentrăm asupra gândurilor şi sentimentelor neplăcute, ameninţătoare, pentru a dejuca strategia durerii – aceea de a-ţi distrage atenţia de la aceste sentimente.

Când durerea este acută, este dificil să ne concentrăm asupra sentimentelor, dar trebuie să priveşti procesul ca pe o înfruntare în care voinţa ta conştientă luptă împotriva reacţiilor inconştiente, automate ale creierului.

Vorbeşte-i creierului tău

Sună prostesc, dar este foarte eficient. Mintea conştientă se adresează inconştientului, cu cât mai intens, cu atât mai bine. Pacienţii trataţi cu succes povestesc că atunci când simt un junghi, ceea ce de obicei prevesteşte atacurile, ei îşi vorbesc sau strigă la ei înşişi şi durerea dispare. Îi spui minţii tale că ştii ce face ea, că ştii că

durerea fizică este inofensivă şi este o distragere a atenţiei de la furia refulată şi că tu nu mai accepţi să fii distras şi intimidat. Ai putea chiar să-i spui să sporească fluxul sangvin către ţesuturile implicate. Acest lucru este confirmat de cercetările contemporane care demonstrează felul în care creierul comunică cu restul corpului.

Scrie o listă

Alcătuieşte o listă conţinând toate presiunile din viaţa ta, de vreme ce toate acestea contribuie la furia ta interioară. Există presiuni autoimpuse, tipice perfecţionistului conştiincios sau celui „obsedat de bine", dar şi presiuni ale vieţii de zi cu zi, inclusiv lucrurile „benefice", cum ar fi căsătoria şi copiii, pentru că şi aceştia reprezintă o mare presiune. Ar trebui să adaugi, de asemenea, furia rămasă din copilărie.

Pacienţii au considerat acest exerciţiu foarte folositor, îmi amintesc că un bărbat mi-a spus că a fost şocat să vadă ce lungă era lista lui.

Pacienţii întreabă adesea: „Nu se va înrăutăţi situaţia dacă mă concentrez asupra tuturor necazurilor şi problemelor din viaţa mea?" în mod paradoxal, nu, pentru că tocmai neputinţa de a conştientiza impactul lor asupra minţii interioare conduce la asemenea afecţiuni, cum ar fi STM, arsurile, migrenele, anxietatea şi depresia. Prin identificarea şi confruntarea conştientă cu sursele de presiune, reduci efectul negativ potenţial al inconştientului.

Reflecţii zilnice sau meditaţii

Această parte a tratamentului este esenţială pentru oamenii foarte ocupaţi care nu găsesc niciun moment în care să se gândească la altceva în afară de munca lor în timpul zilei. Tratamentul pentru STM şi echivalenţii săi constă în a te gândi la un mod de a ieşi din situaţie. Acest lucru se face cel mai bine în linişte şi solitudine, deci trebuie să găseşti un moment în fiecare zi când să stai şi să te gândeşti la ce trebuie să faci ca să te însănătoşeşti.

Efortul fizic şi factorul de teamă

Ştim că scopul simptomelor fizice, cum sunt STM şi echivalenţii săi, este acela de a menţine atenţia concentrată asupra corpului. N-ai câştigat însă bătălia dacă durerea dispare, dar îţi este încă frică de efortul fizic, de durerea recurentă, de accidentare şi de degenerarea progresivă a elementelor coloanei. Durerea se va întoarce dacă nu depăşeşti aceste temeri. Deci pacienţii sunt sfătuiţi să îşi reia activitatea fizică normală, fără restricţii, de îndată ce durerea a dispărut complet sau aproape de tot şi când încep să aibă încredere în

diagnostic. Pacienţii au mărturisit că reluarea activităţii poate dura luni de zile, ceea ce nu este greu de înţeles având în vedere anii în care au fost expuşi la concepţii greşite despre presupusa fragilitate a spatelui lor. Ni se spune: Nu fă cutare sau cutare, fă numai aşa; Ai grijă, o să te loveşti; Ai probleme cu şira; Discurile sunt degenerate, iar oasele coloanei se freacă între ele; Unul dintre picioarele tale este mai scurt decât celălalt; Oamenii nu au fost făcuţi să meargă pe două picioare; Ai talpa piciorului plată; Nu înota craul sau bras; Nu-ţi arcui spatele; Nu dormi niciodată pe burtă; îndoaie întotdeauna genunchii când te apleci din talie sau te ridici; Nu ridica; Nu fă abdomene, ci ridică genunchii; şi aşa mai departe, la nesfârşit.

Toate aceste avertismente şi interdicţii, întărite de sfatul medical de proastă calitate, îţi menţin atenţia aţintită asupra corpului, dar acesta şi este scopul creierului. Calea spre reluarea totală a efortului fizic, fără frică, poate fi anevoioasă şi plină de obstacole. Nu te teme dacă începi cu exerciţii prea devreme şi simţi puţină durere. Nu te poţi răni; STM este un proces benign. Durerea continuă care însoţeşte activitatea înseamnă că creierul se află încă în procesul de schimbare a programării. Trebuie să aştepţi, să încerci din nou şi să ai certitudinea că vei triumfa în final. Acesta s-a dovedit a fi cazul a mii de pacienţi.

Pe de altă parte, nu începe prea devreme cu exerciţiile fizice – nu pentru că te-ai putea răni serios, ci fiindcă creierul poate să fie încă programat în modul STM. Îţi recomand să aştepţi câteva săptămâni după ce ai acceptat diagnosticul STM, astfel încât durerea să se diminueze, iar încrederea ta să crească, astfel încât creierul va avea timp să se reprogrameze.

Profilaxie, nu aspirină

Scopul tratamentului este să schimbăm reacţia minţii inconştiente la stările emoţionale. Când acest lucru va fi îndeplinit, durerea va înceta. Pentru că procesul terapeutic are nevoie de timp, trebuie să-l priveşti ca pe un exerciţiu de medicină preventivă. Într-un fel, stopăm durerea de mâine şi orice durere care ar putea apărea după aceea. Asta e o abordare diferită de cea convenţională, care încearcă să trateze durerea. Să încerci să vindeci durerea este ca şi cum ai trata doar febra, şi nu infecţia care a provocat-o. Noi căutăm să eliminăm cauza durerii şi de aceea spun că a şti este „penicilina” în tratamentul pentru STM. Totuşi, spre deosebire de antibiotice, folosirea cunoaşterii pentru a inversa procesul cere timp. Trebuie să fii răbdător, dar tenace. În cele mai multe cazuri, încetarea durerii are nevoie doar de câteva săptămâni, deşi alungarea fricii poate necesita şi mai mult timp.

De ce respingerea fizicului şi recunoaşterea şi acceptarea psihologicului fac ca durerea să se oprească?

Aminteşte-ţi că scopul durerii este să distragă atenţia de la ceea ce se petrece pe plan emoţional şi să-ţi reţină atenţia asupra corpului. În esenţă, miza este captarea atenţiei conştiente.

Să ne amintim ce i s-a întâmplat lui Helen, despre care am scris în Capitolul 1. Când au eşuat ambele procese, de refulare şi de distragere a atenţiei prin durere, emoţiile ei puternice au explodat în conştient. Atenţia ei era acum focalizată asupra emoţiilor care deveniseră conştiente. În mod clar nu mai avea nevoie de durere, aşa că aceasta a dispărut imediat.

Pentru că nu putem să recreăm experienţa lui Helen pentru fiecare, alegem următoarea alternativă – te determinăm să te concentrezi pe furia inconştientă, imaginând-o şi vizualizând-o şi gândindu-te la toate presiunile care au produs-o. Reflecţia este un instrument terapeutic. Pentru cei mai mulţi pacienţi acesta va alunga durerea şi de obicei va preveni revenirea ei. Pentru majoritatea oamenilor doar a te gândi în acest fel la furie este ca şi cum ai şi trăi-o.

Mi-ar plăcea să spun că am construit această strategie printr-o idee genială. Adevărul este că am descoperit-o din întâmplare. Cu mult timp înainte să înţeleg detaliile genezei psihologice a durerii de tip STM, observasem cum câţiva pacienţi beneficiau de o îmbunătăţire a stării lor după ce li se spunea pur şi simplu că durerea are origini mai degrabă psihologice decât structurale. Am încercat să dezleg misterul vreme de mulţi ani înainte să realizez că rolul durerii era să distragă atenţia de la sentimentele care provoacă frica.

Pentru unii oameni simpla mutare a atenţiei dinspre fizic spre psihologic va funcţiona. Alţii au nevoie de mai multe informaţii despre felul în care funcţionează strategia, iar alţii au nevoie de psihoterapie. Însă în fiecare caz cunoaşterea este esenţială pentru „vindecare”, pentru că făcându-i pe oameni conştienţi de ceea ce se întâmplă atât din punct de vedere fizic, cât şi psihologic, dejucăm planurile creierului. (Includ cuvântul vindecare între ghilimele pentru a aminti cititorului că STM nu este o boală: o persoană se face bine şi alungă durerea, dar în realitate nu este nimic de „vindecat”.) Schimbând centrul atenţiei de la corp la psihic facem ca durerea să devină inutilă, o lipsim de scop şi dezvăluim ceea ce încearcă ea să ascundă. Într-un număr mic de cazuri, înainte ca durerea să înceteze, persoana trebuie să trăiască cu adevărat emoţia, cum ar fi furia sau tristeţea profundă. Asta necesită întotdeauna ajutorul unui psihoterapeut pregătit corespunzător.

Îmi amintesc de un pacient de vreo cincizeci de ani care toată viaţa

sa a fost furios pe mama sa, sentiment de care era într-o anumită măsură conştient. Totuşi, durerea lui a persistat până în momentul în care a fost capabil, în timpul terapiei cu un psiholog, să-şi trăiască furia reprimată.

Vindecarea prin lectură

Ca mărturie a rolului esenţial al cunoaşterii, mulţi oameni au declarat că au avut succes în a alunga durerea după simpla citire a cărţilor mele despre STM, în special cea mai recentă, *Healing Back Pain (Cum să vindeci durerea de spate)*. Citiţi următorul fragment dintr-o scrisoare de la James Campobello, datată 13 noiembrie 1991. Este reprodusă cu permisiunea sa:

Vă scriu să vă mulţumesc pentru ceea ce aţi făcut pentru mine. Mai precis, cartea dumneavoastră, *Healing Back Pain,* m-a salvat de la o viaţă de invalid.

Am patruzeci şi trei de ani şi, până să înceapă problemele cu spatele, nu am suferit niciodată din cauza vreunei leziuni sau boli serioase. În martie 1989 a debutat problema cu spatele. A început ca o rigiditate uşoară a părţii lombare şi până la sfârşitul săptămânii mă aflam într-o durere acută, invalidantă, cu spasme continue.

Timp de doi ani am suferit din cauza unei dureri de spate aproape constante. Ea varia de la uşoară la acută, dar nu dispărea niciodată complet. Fără a mai da alte detalii, era îngrozitor. Nu puteam să stau aşezat mai mult de o jumătate de oră, nu mă puteam apleca, nu puteam ridica nimic, nu puteam să merg cu bicicleta mai mult de două minute. Renunţasem la aproape toate activităţile care îmi plăceau. Lucram în picioare, mă odihneam frecvent, întinzându-mă pe o masă de lucru şi îmi petreceam timpul liber întins pe podeaua sufrageriei.

Am apelat la toată gama de profesii medicale şi pseudomedicale, fără niciun rezultat. Am vizitat cinci medici diferiţi, inclusiv specialiştii de vârf în zona problemelor legate de spate. Am urmat trei programe diferite de terapie, cu cinci terapeuţi diferiţi. Am încercat yoga, acupunctura şi chiropraxie. Nimic nu a ajutat; de câte ori făceam un progres mic, curând după aceea urma regresul.

Totuşi, după ce am citit (şi recitit) cartea dumneavoastră şi am aplicat metodele acesteia, spatele meu a revenit la normal cam în două luni. Fac acum tot ce obişnuiam să fac – stau aşezat normal, mă plimb cu bicicleta, conduc ore întregi, practic sporturi, mă aplec şi ridic greutăţi ca o persoană normală – lucruri la care credeam că renunţasem pentru totdeauna. Sunt complet sănătos de mai bine de

şase luni.

Am fost cel puţin sceptic şi când am primit prima oară cartea dumneavoastră aproape că nu am terminat lectura ei, pentru că teoria dumneavoastră pur şi simplu nu mi se părea credibilă. Totuşi, tipul de personalitate descris îmi amintea destul de mult de mine, aşa că am terminat de citit cartea (dar am rămas sceptic).

Prietena mea, cea care a găsit cartea şi a cumpărat-o pentru mine, a citit-o o săptămână mai târziu şi m-a sfătuit insistent să o citesc din nou. (De fapt, mi-a spus ceva în genul: „Dacă nu te vezi pe tine în fiecare pagină a cărţii, atunci eşti fie nebun, fie orb. Citeşte-o din nou”.) Împins de disperare şi cu greu convins că ideea de bază ar putea să mi se potrivească, am recitit cartea.

Situaţia a început să se îmbunătăţească treptat, dar vizibil. În acel moment am telefonat pentru a stabili o consultaţie cu dumneavoastră în speranţa completării vindecării cu tratamentul dumneavoastră prin lectură de grup. Totuşi, în luna dinaintea consultaţiei mele, am recitit cartea de încă patru ori, am continuat să aplic abordările dumneavoastră şi situaţia a continuat să se îmbunătăţească. Când s-a apropiat timpul să mă prezint la consultaţie, mi-am dat seama că nu mai aveam nevoie de ea. La sfârşitul perioadei de şase luni eram în esenţă sănătos. În perioada aceea am încetat fizioterapia, vizitele la chiropractician, pastilele, întinderile şi exerciţiile pentru spate. Nu am făcut (sau evitat) niciun exerciţiu special în timpul care a trecut de atunci – aproape opt luni – şi mă simt bine.

Dacă nu aş fi trecut prin asta eu însumi, nu aş fi crezut. Problema mea părea să fie cauzată de defectele structurale ale coloanei. Fusesem diagnosticat ca având o varietate de probleme legate de oase şi discuri şi eram pe punctul de a suferi o intervenţie chirurgicală pentru înlăturarea unui disc şi sudarea osului. (Nu vă pot spune cât de recunoscător vă sunt pentru că m-aţi salvat de la asta!)

Domnul Campobello a mai corespondat cu mine după acea primă scrisoare şi continuă să trăiască fără dureri sau restricţii.

Recent, el a anexat o copie a unui regim terapeutic pe care l-a alcătuit pentru un prieten. L-am intitulat „Programul terapeutic al lui Jim Campobello pentru depăşirea STM”:

Întâi, trebuie să decizi că vei face o încercare serioasă de a aplica tehnica dr. Samo. Tehnica funcţionează doar pentru oamenii care fac un efort puternic pentru a o aplica. Trebuie ori să crezi că aceasta poate funcţiona pentru tine, ori să fii atât de disperat încât vei încerca din răsputeri să o faci chiar dacă nu crezi în ea.

Eu nu am crezut în ea când am citit prima oară cartea. De felul meu sunt foarte sceptic; nu am crezut în puterile mentale de niciun fel şi

renunţasem să mai cred în miracole. Totuşi, eram disperat. Aveam dureri continue. Viaţa mea consta în a sta în picioare pentru a face puţina muncă pe care eram capabil să o fac şi în a sta întins pe o rogojină pe podeaua de acasă pentru restul zilei. Deci chiar dacă nu credeam că mă poate ajuta, soţia mea m-a convins să încerc. Poţi să faci şi tu acelaşi lucru.

Întâi trebuie să-ţi iei un angajament că vei încerca abordările cărţii. Nu costă nimic, dar trebuie să ai voinţa de a petrece ceva timp pentru a citi din ea în fiecare zi pentru cel puţin o lună. Încearcă – ce ai de pierdut?

Nu cred că există o singură cale de a o face, dar am să-ţi spun ce anume a funcţionat pentru mine şi îţi recomand să încerci şi tu.

1. Citeşte aproximativ 30 de pagini din carte în fiecare zi. Nu trece pur şi simplu peste cuvinte – gândeşte-te la ele! Fii atent la ce spune autorul şi gândeşte-te cum ţi se poate aplica. Este foarte uşor să nu fii atent, aşa că forţează-te să te concentrezi pe idei. Când vezi părţi care îţi amintesc de tine, acordă-le o atenţie specială.

De asemenea, nu înceta să-ţi reaminteşti ţie însuţi că oamenii descrişi în carte au avut probleme similare cu ale tale şi s-au vindecat. Când termini de citit cartea, începe-o din nou a doua zi. Trebuie să o citeşti continuu timp de o lună sau mai mult. Şi trebuie să fii atent de fiecare dată când o citeşti.

2. Rezervă-ţi timp de fiecare dată pentru a te gândi la problemele care te-ar putea supăra, la toate cele din viaţa şi mintea ta care ar putea să-ţi provoace necazul cu spatele. Petrece cel puţin 30 de minute în fiecare zi gândindu-te la asta. Eu obişnuiam să rezerv 15 minute dimineaţa, când mă trezeam, apoi 30 de minute seara. Foloseşte acest timp pentru următoarele:

Gândeşte-te la tot ce ar putea să te deranjeze – presiunea la muncă sau şcoală, responsabilităţile familiale, dificultăţile financiare etc. Fii cât se poate de precis. Nu poţi să spui simplu: „îmi fac probleme cu serviciul” – nu este suficient. Trebuie să încerci să identifici fiecare element specific la care te poţi gândi. Am considerat folositor să scriu liste pentru a le ţine evidenţa. (Când eşti foarte precis te poţi gândi la foarte multe lucruri.) Fii atent la toate aspectele vieţii tale, chiar şi la cele mai neînsemnate. Nu da atenţie numai problemelor evidente, ci încearcă să le iei în calcul şi pe cele mai puţin evidente. Gândeşte-te atât la lucrurile reale, cât şi la cele imaginare care ar putea să te deranjeze.

De îndată ce ţi-ai identificat problemele, împarte-le în două categorii: cele în privinţa cărora poţi să faci ceva şi cele asupra cărora nu ai control. Fii realist în ce priveşte locul unde se încadrează fiecare. Acţionează acolo unde poţi să faci ceva. Fă tot ce poţi pentru a le corecta sau cel puţin încearcă să faci asta. Cât despre cele asupra

cărora nu ai control, spune-ţi că ştii că ele te deranjează, dar trebuie să le accepţi – şi ce este mai important, nu le vei mai lăsa să-ţi provoace durerea de spate. Nu uita, nu trebuie să elimini problemele pentru ca vindecarea să funcţioneze, trebuie doar să fii conştient în ce priveşte procesul.

Gândeşte-te la cum eşti – la ceea ce, în tine, permite acestor probleme să-ţi creeze o astfel de durere. Eu sunt personajul tipic din cărţile lui Sarno: perfecţionist, uşor de mâniat, extrem de motivat, foarte ambiţios, oarecum compulsiv şi nerăbdător cu alţii. Acestea constituie acea partea a personalităţii mele care mi-a determinat mintea să creeze problemele cu spatele. Totuşi, există şi alte tipuri de persoane care dezvoltă durere. Una dintre colegele mele de muncă este o femeie veselă, relaxată, foarte plăcută, dar a căpătat o durere de spate la fel de rea ca a mea, iar cartea a vindecat-o şi pe ea. (I-au fost necesare trei luni, apropo, dar este perfect sănătoasă în acest moment.) încearcă să afli ce anume în interiorul tău are nevoie de acea distragere a atenţiei. Ce anume permite durerii să se dezvolte şi să persiste? Fii sincer cu tine. Încă o dată, aminteşte-ţi că nu este nevoie să-ţi schimbi personalitatea pentru ca vindecarea să funcţioneze – trebuie doar să înţelegi şi să te confrunţi cu durerea.

3. Pe durata întregii zile, aminteşte-ţi continuu de întregul proces. De câte ori apare o problemă, gândeşte: „OK, nu-mi place asta, dar nu am să o las să se ducă la spatele meu şi să-mi provoace durere". Oricând simţi o durere de spate (sau dacă eşti cum eram eu şi te doare tot timpul, de câte ori o simţi deosebit de puternică), gândeşte aşa: „Spatele meu îşi face numărul. Ce se întâmplă în viaţa mea sau în mintea mea şi îl face să mă doară?"

4. După ce ai lucrat la cele de mai sus timp de trei sau patru săptămâni, începe să faci paşi mici pentru a-ţi testa progresul. Nu face prea mult prea repede. Urmăreşte doar îmbunătăţirile minore, găseşte ceva ce nu îţi mai face atât de rău cum îţi făcea înainte. Mergi foarte încet, dar după încă câteva săptămâni vei observa că spatele tău este ceva mai bine. Construieşte cu paşi mărunţi – cea mai mică îmbunătăţire este un semn că procesul funcţionează şi asta ar trebui să te încurajeze să nu renunţi.

5. Nu te lăsa! Crede-mă, ştiu cât de deprimant şi de descurajant este. Şi totuşi există speranţă. Dar pentru ca aceasta să funcţioneze, trebuie să contribui cu timp şi efort pentru a o face să meargă.

Am introdus o completare în programul domnului Campobello, care spune că „obsesia binelui" este un declanşator puternic al furiei inconştiente ca şi perfecţionismul, aşa cum este şi furia care se leagă de experienţele din copilărie, ceea ce este foarte important pentru unii oameni cu STM.

Placebo şi nocebo

Un articol excelent publicat în *Journal of the American Medical Association* în 1994 avertiza asupra necesităţii unei analize critice în ceea ce priveşte rezultatele oricărui tratament din cauza unui posibil efect placebo. Dacă cineva crede că un tratament preferat este bun – deşi ar putea să nu aibă nicio valoare, la fel ca o pastilă cu zahăr – rezultatul poate fi ameliorarea sau chiar vindecarea. Efectul se bazează pe credinţa oarbă. Din păcate, efectul este în mod invariabil temporar şi simptomele revin curând. Acesta este motivul pentru care numeroasele tratamente utilizate pentru durerea de spate, inclusiv fizioterapia, medicaţia şi operaţia, eşuează în cele din urmă; beneficiile lor temporare pot fi atribuite fenomenului placebo.

Eu îl numesc „minunatul placebo" pentru că el demonstrează marea putere a minţii de a modifica funcţionarea corpului. Este cunoscut faptul că efectul placebo opreşte temporar evoluţia cancerului.

Ce se poate spune despre oamenii care au suportat intervenţii chirurgicale şi nu au avut simptome pentru perioade lungi de timp? De vreme ce scopul simptomelor este acela de a distrage atenţia de la ceva ce se petrece în inconştient, dacă durerea este ameliorată de efectul placebo al unui tratament puternic, cum este intervenţia chirurgicală, creierul va muta pur şi simplu durerea într-o altă zonă sau chiar la un alt organ al corpului, astfel încât distragerea atenţiei să poată continua.

Unul dintre pacienţii mei a suportat o intervenţie chirurgicală efectuată cu succes în zona lombară, după care a început să aibă probleme de ulcer stomacal. Această situaţie a continuat vreme de mulţi ani, în ciuda tratamentului, însă când a dobândit în final controlul asupra situaţiei, a început să aibă o durere acută în regiunea gâtului, în acest moment el a intrat în programul meu şi s-a ameliorat de îndată ce diagnosticul STM a fost stabilit.

Cu toate acestea, mulţi pacienţi suferă recidivări ale durerii în regiunea intervenţiei chirurgicale atunci când chirurgia a funcţionat ca placebo.

De ce tratamentul pentru STM nu este placebo

Tratamentul STM este în primul rând un proces educativ; nu te învaţă să crezi orbeşte. Pacienţii trebuie să ajungă la concluzia că ceea ce aud este logic şi rezonabil, convingându-se pe ei înşişi că tulburarea descrisă ca STM se referă la ei.

Rezultatul terapeutic este aproape întotdeauna permanent.

Faptul că mulţi oameni se „vindecă" prin citirea cărţilor despre STM nu este în mod sigur placebo. Nu există niciun tratament şi nicio

interacţiune cu un „vindecător”, ci doar dobândirea informaţiei. Cunoaşterea este cea care face treaba.

Recent am început să auzim despre *nocebo,* fenomenul invers în care oamenii se pot îmbolnăvi în urma interacţiunilor „rele”. „Nocebo” înseamnă „voi face rău”. Cei care ştiu despre practicile voodoo sunt conştienţi de existenţa acestuia. Un medic de familie în vârstă pe care îl cunosc a avut o pacientă care a decis că e pe cale să moară şi imediat a şi murit, deşi nimic nu era în neregulă cu ea.

Epidemia de durere care a cuprins societatea occidentală în prezent este aproape în întregime un rezultat al efectului nocebo. Dacă ai un atac de durere la spate şi la picior, mergi la doctor şi ţi se spune că este probabil o problemă cu coloana, cel mai probabil o hernie de disc. Deşi STM este inofensiv, faptul că ţi se spune că durerea este rezultatul direct al unei probleme structurale asigură continuarea durerii. Sfătuit să rămâi la pat, crezi că trebuie să fie ceva serios şi durerea se înrăutăţeşte. În ciuda odihnei la pat, durerea continuă şi se cere un test RMN; acesta nu numai că indică un disc herniat L5-S1, dar doctorul te informează că cele două discuri aflate deasupra celui herniat sunt degenerate, iar vertebrele se freacă una de cealaltă. Acest lucru este groaznic; acum ai dovada obiectivă că spatele te doare „rău”. Adesea se recomandă intervenţia chirurgicală imediată sau ţi se spune că aceasta ar putea fi necesară dacă nu reacţionezi la tratamentul obişnuit. Rezultatul: o durere intensificată.

Am auzit această poveste de mii de ori. Când pacientul ajunge în cele din urmă la mine, acesta a încercat fiecare tratament cunoscut sau a fost operat, câteodată de două ori, pentru că efectul nocebo a fost întreţinut în tot acest timp. Indiferent de tratamentul folosit, acesta este întotdeauna bazat pe patologia deficienţei structurale sau musculare, care îţi adânceşte frica şi intensifică durerea.

Este oare de mirare că unii oameni se pot face bine citind o carte care le explică motivul adevărat al durerii lor şi le spune că în realitate au spatele normal, că discurile cele mai herniate reprezintă anomalii normale? Acest lucru este inversarea efectului nocebo, nu prin placebo, ci prin angajarea puterii minţii în vindecarea corpului. Mai precis, STM este „vindecat” prin educarea oamenilor de a fi conştienţi de natura legăturii minte-corp. Acceptând sugestia doctorului Pert, „minte” şi „corp” ar trebui scrise împreună, ca un singur cuvânt, aşa cum implică această carte.

Programul

Începe în cabinetul meu cu o consultaţie. Aceasta, le spun adesea pacienţilor, este prima ta lecţie. Apoi ei sunt programaţi pentru a

participa la două cursuri: primul despre anatomia şi fiziologia STM şi chestiuni care ţin de diagnostic; cel de al doilea, despre psihologia şi tratamentul STM. Materialul cuprins în această carte este acoperit în aceste două cursuri. Unii au spus despre programul meu că este o „cură prin cuvânt" *(taking cure),* ceea ce este cu siguranţă unic în tratamentul unei tulburări fizice.

Consultaţia şi cursurile cauzează dispariţia simptomelor pentru 80 sau 85 la sută dintre pacienţi, de obicei într-o perioadă de câteva săptămâni. Aceia care continuă să aibă dureri semnificative sunt invitaţi să participe la întâlniri săptămânale cu ocazia cărora sunt revăzute caracteristicile fundamentale ale STM, precum şi principiile şi practica tratamentului. Oamenii spun deseori că trebuie să asculte unele lucruri în mod repetat înainte să le priceapă pe îndelete. Uneori, se spun lucruri care îţi „aprind beculeţul" sau au un înţeles special pentru tine. Discutăm probleme variate şi capcane în procesul de recuperare şi pacienţii sunt încurajaţi să vorbească despre cazurile lor specifice.

Dacă durerea persistă în ciuda cursurilor şi a întâlnirilor de grup, înseamnă că este necesară o explorare mai profundă şi se prescrie psihoterapia. Aceasta are succes în majoritatea cazurilor şi ne rămân numai aproximativ cinci la sută din totalul pacienţilor care continuă să aibă dureri semnificative.

Ce anume face ca tratamentul să fie eficient? Am spus deja că conştientizarea este principalul ingredient terapeutic. Alţi factori îşi aduc aportul, fără îndoială. În Partea întâi a acestei cărţi am introdus conceptele lui Heinz Kohut, care credea că furia narcisică este cauza anumitor tulburări emoţionale. Eu sugerez că noi toţi generăm furie narcisică (într-o măsură mai mică sau mai mare), fapt care explică de ce tulburările psihosomatice sunt omniprezente în societatea occidentală, variind numai în funcţie de tip şi de gravitate.

O pacientă numită Muriel Campbell a fost cea care mi-a recomandat lucrările lui Kohut. Ea a spus următoarele legat de motivul eficienţei programului meu:

De vreme ce pacienţii cu STM se află într-o stare de furie, ei trebuie să fi fost răniţi din punct de vedere narcisic. Exprimându-şi furia pe cale somatică, ei consultă un medic tradiţional care le prescrie odihnă la pat sau o intervenţie chirurgicală, făcându-i neputincioşi şi adâncind rana narcisică, ceea ce face ca furia să crească. Simţindu-se neajutoraţi, ei cad la pat şi, după cum bine aţi descris, se simt în continuare răniţi din punct de vedere narcisic şi neputincioşi. Totuşi, spre deosebire de părinţii lipsiţi de empatie care-i vizitează pe bolnavi, dumneavoastră le întâmpinaţi şi confirmaţi cu empatie aceste sentimente de furie, calmându-i şi alinându-i în acelaşi timp. Le

oferiţi, de asemenea, o experienţă de împărtăşire esenţială, prezentându-i altor suferinzi de STM. În această manieră nu numai că îi faceţi conştienţi în ce priveşte aceste aspecte negate ale furiei, dar le şi diminuaţi în mod eficient. Activaţi un sentiment al puterii (Sine grandios) care fusese anterior vătămat şi diminuat. Puteţi să faceţi asta repede, pentru că furia nu este văzută ca un impuls, ci mai degrabă ca un produs al dezintegrării care urmează unei răni narcisice, pe care empatia dumneavoastră o diminuează oferind la nivelul Sine-obiect funcţii de afirmare (oglindire), calmare şi alinare (idealizare) şi asemănare esenţială (raportarea la celălalt ca la un frate geamăn). Pacientul este desigur vulnerabil la noi răni şi la sentimente de furie, ceea ce explică de ce unii dintre noi revin la medic.

Sunt de acord cu o parte din această interpretare a eficienţei programului meu terapeutic, de vreme ce pe lângă cunoaşterea împărtăşită, este clar că mai există ceva ce eu consider a fi cel mai important ingredient. Acest ceva care funcţionează acolo ar putea fi oglindirea, idealizarea şi raportarea la celălalt ca la un frate geamăn. Dacă aşa este, ar putea să fie o reducere a furiei interne, lucru care este compatibil cu dispariţia durerii. Acesta ar putea fi motivul pentru care pacienţii spun adesea că acele cursuri au avut o contribuţie foarte importantă la recuperarea lor, oferindu-le ceva ce nu au primit citind cărţile despre STM.

Totuşi, potrivit teoriei STM, durerea nu este o expresie somatică a furiei, după cum a declarat doamna Campbell şi nici eu nu consider furia ca fiind un „produs al dezintegrării". Mai degrabă, după cum s-a spus în mod repetat, este o reacţie la presiunile interne şi externe.

Problema cu interpretarea kohutiană pură a eficienţei programului meu terapeutic (folosită de d-na Campbell) este aceea că pacienţii mei nu sunt conştienţi de faptul că sunt furioşi de vreme ce furia este inconştientă. A deveni conştient de existenţa furiei inconştiente şi de motivele aflate la baza acesteia este ingredientul terapeutic esenţial.

Pe de altă parte, una dintre ideile doamnei Campbell ar trebui subliniată. Oamenii care simt dureri repetate de-a lungul a mulţi ani se simt cel mai probabil neputincioşi, ceea ce probabil înfurie la culme Şinele interior. Ei nu ştiu niciodată când va veni următoarea criză şi nici cât de gravă va fi. Sunt restricţionaţi total sau parţial când vine vorba de activităţile fizice şi li se pare dificil să-şi facă planuri de viitor din cauza sentimentului de nesiguranţă legat de afecţiunea spatelui.

Când pacienţii află că de fapt ei pot prelua controlul pentru a se salva pe ei înşişi de acest chin groaznic, sentimentul puterii poate fi ameţitor. O femeie a spus că acum, când şi-a alungat durerea de spate simte că ar putea să facă aproape orice cu corpul ei. Recâştigarea

puterii este un medicament minunat.

Capcane, probleme, întrebări

Ce nu este nevoie să faci pentru a te face bine

De îndată ce pacienţii află că furia este vinovată pentru STM şi că ea îşi are sursele în traumele în copilărie, în nevoia de a fi perfect şi bun şi de a face faţă presiunilor vieţii zilnice, ei presupun că toţi aceşti factori de stres trebuie îndepărtaţi dacă vor ca starea lor să se îmbunătăţească. Logica sugerează că dacă furia este cauza, ca şi diavolul, trebuie exorcizată. Dacă furia ar putea scăpa din inconştient şi ar fi exprimată, ca în cazul Helenei, asta ar produce cu certitudine o „vindecare". Din păcate, acest lucru este posibil destul de rar. Furia este refulată, noi nu simţim asta şi, ca urmare, nu ne putem confrunta cu ea.

De asemenea, nu este posibil să ne schimbăm personalitatea şi să încetăm să mai încercăm să fim perfecţi şi buni. Dacă suntem conştienţi că posedăm aceste trăsături ne putem modifica comportamentul şi putem micşora efectele negative pe care acestea le au asupra noastră, însă în esenţă rămânem aceleaşi persoane care am fost. Chiar şi după psihanaliză, unde se sondează profunzimea emoţională a psihicului unei persoane, personalitatea pacientului nu se schimbă. Cu cât ne cunoaştem mai bine, cu atât mai puţin ne vor înfricoşa sentimente, cum ar fi furia. Deşi furia nu dispare niciodată şi continuăm să o generăm, odată recunoscută, ea devine mai puţin ameninţătoare, pierzându-şi din agresivitate.

Stilul de viaţă, de asemenea, poate numai rareori să sufere schimbări substanţiale. Din fericire, experienţa a demonstrat că nu schimbarea, ci cunoaşterea este cea care produce vindecarea. Aceasta necesită repetiţie în procesul de învăţare.

Factorul de timp

Ştim că procesele psihosomatice nu sunt parte a personalităţii pentru că până şi sindroamele dureroase care persistă de ani de zile pot fi oprite în câteva zile sau săptămâni. Experienţa lui Jim Campobello este tipică.

Faptul că durerea dispare complet este remarcabil şi sugerează că STM este o strategie de reacţie, aleasă de minte din cauza eficienţei sale. Din fericire, STM este în mod clar un proces reversibil. Dacă procesul ar fi intim legat de personalitate, ar fi nevoie de ani pentru a fi inversat, dacă asta s-ar putea realiza.

Majoritatea celor care participă la programul meu sunt capabili să alunge durerea în câteva săptămâni, indiferent cât de veche este ea, cu toate că depăşirea fricii de a face efort fizic poate să dureze mai mult. Ce anume determină factorul de timp?

Înţelegerea şi acceptarea naturii STM este un proces intelectual, o funcţie a minţii conştiente. Pentru că STM îşi are originea în inconştient, noile idei trebuie să pătrundă şi să fie acceptate acolo pentru ca durerea să înceteze. Aici este dificultatea. Dacă emoţiile sunt prea înfricoşătoare, mintea va fi refractară când este vorba de a renunţa la o strategie care le ţine ascunse şi inactive. Calitatea şi cantitatea emoţiilor ascunse determină cât va dura luarea unei hotărâri sau dacă ea va fi luată până la urmă. Într-adevăr, incapacitatea de a respinge explicaţia structurală a durerii dovedeşte acelaşi lucru: negarea sindromului este intrinsecă sindromului. Mintea a decis că nu mai poate funcţiona fără durere.

Să însemne asta că suntem învinşi? Nicidecum. Uneori repetarea principiilor timp de câteva săptămâni va rezolva totul. În caz contrar, există psihoterapia.

Psihoterapia

Într-o bună zi vom realiza că studiul personalităţii noastre este mai important decât citirea, scrierea şi aritmetica. Va face parte din educaţia de bază să învăţăm despre inconştient şi refulare, în special despre ceea ce fiecare dintre noi a ascuns într-un colţ al minţii. Vom învăţa că un Părinte, un Adult şi un Copil locuiesc în creierele noastre şi că ei sunt adesea în contradicţie unul cu celălalt. Psihoeducaţia va fi o condiţie esenţială pentru a ocupa un birou public sau a lucra în zona aplicării legii, căci, cu cât aceşti oameni se cunosc mai bine, cu atât pot să servească publicul mai bine. Când recomand unei persoane psihoterapia mă simt ca şi cum o trimit la o şcoală superioară specială.

Există două orientări importante ale psihoterapiei: comportamentală şi psihanalitică. Psihoterapia comportamentală are tendinţa de a se concentra asupra evenimentelor vieţii şi cum să le facă faţă mai bine. Terapeuţii comportamentali ajută oamenii să scape de fobii, cum ar fi frica de avion, şi ne ajută să scăpăm de obiceiurile nedorite cum ar fi fumatul.

Ar trebui să fie clar din teoriile discutate în această carte că terapia orientată spre introspecţie este recomandată pentru persoanele cu STM sau echivalenţii acestuia. Terapeuţii spre care îndrum pacienţii sunt pregătiţi să îi ajute să-şi exploreze inconştientul şi să devină conştienţi de sentimentele îngropate acolo, de obicei pentru că sunt înfricoşătoare, jenante sau în vreun fel inacceptabile. Aceste

sentimente şi furia pe care o generează adeseori, sunt responsabile pentru multiplele simptome minte-corp pe care le-am descris. Când devenim conştienţi de aceste sentimente, în unele cazuri devenind treptat capabili să le trăim, simptomele fizice nu mai sunt necesare şi dispar.

Psihoterapia este un proces lent; nu este o reparaţie rapidă. Pentru că se ocupă de chestiuni care afectează în fapt toate aspectele vieţii noastre, timpul acordat procesului nu e de prisos, indiferent cât este de lung.

Un mare dezavantaj al psihoterapiei este costul. Acesta devine o problemă tot mai mare pe măsură ce furnizorii care se ocupă cu managementul serviciilor de sănătate manifestă o reticenţă crescândă faţă de rambursarea pentru psihoterapie. Această tendinţă reflectă o ignoranţă tristă şi periculoasă faţă de ceea ce este important pentru o sănătate bună.

Întrebări

Întrucât ideile care explică atât cauza, cât şi vindecarea de STM nu sunt familiare celor mai mulţi dintre oameni, e nevoie de timp pentru a le integra. Mai mult, a anticipa toate întrebările care pot răsări în mintea cuiva este imposibil. Iată câteva dintre cele mai obişnuite întrebări adresate de pacienţi.

Î: *„Pot să continui exerciţiile şi întinderile pe care le-am făcut pentru a evita recidivarea durerii?”*

R: Cu mulţi ani în urmă am încetat să mai prescriu fizioterapia ca parte a programului de tratament pentru STM. Deşi fizioterapeuţii au fost impresionaţi când le-am atras atenţia asupra bazelor psihologice ale durerii, fiecare şedinţă de tratament a concentrat atenţia pacientului asupra corpului său, fapt care a fost incompatibil cu scopul meu terapeutic primar de a ignora aspectul fizic şi a ne concentra numai asupra celui psihologic. Aceeaşi idee se aplică oricărei obişnuinţe legate de vreun exerciţiu proiectat pentru a trata spatele, indiferent dacă ia forma întinderilor, întăririi sau mobilităţii.

Deci îi sfătuiesc pe pacienţii mei să întrerupă practicarea exerciţiilor propuse pentru a proteja sau ajuta spatele. Spatele nu are nevoie de protecţie. Exerciţiile pentru încălzire specifice activităţii atletice sunt adecvate pentru o performanţă mai bună, dar exerciţiile specifice nu sunt necesare din alt punct de vedere.

Activitatea fizică de orice fel este foarte recomandată pentru

valorile sale psihologice şi legate de sănătatea generală.

Î: *„Am urmat o psihoterapie timp de mai mult de un an. De ce mai aveam încă durerea, dacă aceasta era indusă psihologic? În fapt, terapeutul meu crede că durerea este cumva psihologică, dar nu a auzit niciodată de STM.”*

R: Aveaţi încă dureri pentru că mintea nu a renunţat la strategia sa. Durerea va continua dacă nu aţi stabilit legătura dintre evenimentele fizice şi psihologice. Psihoterapeutul dumneavoastră, indiferent de disciplina profesională căreia îi aparţine, nu este calificat să stabilească diagnostice fizice şi, ca urmare, nu vă poate ajuta să faceţi conexiunea esenţială. În ciuda psihoterapiei, durerea va continua dacă veţi lua mai departe medicaţie antiinflamatorie, veţi face în continuare fizioterapie pentru malformaţiile structurale şi nu veţi recunoaşte faptul că durerea dumneavoastră este cauzată de o modificare circulatorie inofensivă indusă de creier. Pe scurt, creierul nu va renunţa la factorul de distragere a atenţiei dacă nu este forţat să o facă.

Î: *„Ştiu că sunt mânios. Simt asta. De fapt, o şi arăt destul de des. De ce am încă dureri?”*

R: Pentru că mânia despre care aveţi ştiinţă şi pe care o exprimaţi nu este cea care vă cauzează durerea.

STM este un răspuns la mânia-furia generată în inconştient (caz în care nu sunteţi conştient de ea) sau de mânia conştientă reprimată. STM nu este un răspuns la furia conştientă simţită sau exprimată.

Aceasta este o distincţie subtilă dar importantă. În fapt, ea se află în inima abordărilor divergente a cercetării minte-corp. Psihologii interesaţi de afecţiuni cum ar fi fibromialgia şi durerea cronică se concentrează pe emoţiile percepute, cum ar fi anxietatea, depresia şi ostilitatea. Teoria STM consideră că acestea, precum şi tulburările fizice de genul STM sunt manifestări ale unui proces mai profund care are loc în inconştient.

Nu uitaţi, noi refulăm furia care ameninţă să ne ştirbească imaginea de sine. De exemplu, dacă am o nevoie puternică de a primi aprobare de la toată lumea din anturajul meu şi cineva face ceva ce mă înfurie, voi refula în mod automat mânia aceea pentru că ea distruge imaginea de „băiat bun” pe care o aveam despre mine. Refularea este o reacţie inconştientă repetată care nu dă greş niciodată. Ne mâniem în interior şi nu îi permitem acelui sentiment să iasă la suprafaţă.

În cele din urmă, mânia de care eşti conştient poate fi acel

sentiment cunoscut sub denumirea de mânie „deplasată”. Asta înseamnă că devii în mod manifest foarte mânios dintr-un motiv relativ neimportant, cum ar fi traficul aglomerat sau serviciile proaste într-un restaurant, în loc să fii mânios din cauza partenerului sau a unui părinte, pentru că asta, pur şi simplu, nu este permis de psihicul tău. Acest lucru este foarte obişnuit printre pacienţii mei.

Î: *„Toată lumea ştie că sunt o persoană calmă, cu mult autocontrol; că rezolv totul foarte bine şi nu sunt niciodată anxios. Nu-mi imaginez de ce aş avea dureri de spate.”*

R: Pentru că toate trăsăturile de personalitate care vă fac calm stimulează o mare cantitate de furie internă. Copilul din dumneavoastră spune: „Plasezi o mare cantitate de presiune pe mine şi asta mă face furios. Vreau să fiu lăsat în pace; vreau să fiu îngrijit şi tu mă forţezi să am grijă de alţii. Mie îmi pasă cu adevărat numai de mine.”

Î: *„Eu sunt un maestru în gestionarea problemelor cotidiene. De ce aş avea dureri de spate?”*

R: Pentru că cei ce gestionează cu succes problemele pun o presiune enormă asupra lor, iar Sinelui nu-i place deloc asta.

Î: *„Cred că ştiu de ce sunt furioasă în interior; de fapt, sunt sigură că are legătură cu faptul că mama mea mă insulta în mod constant când eram copil. De ce nu scap de durere?”*

R: Întrebări ca acesta sunt frecvente. Există trei motive posibile pentru persistenţa simptomelor. Unul, pacienţii nu ştiu *cât de mânioşi* sunt în interior. Oamenii găsesc adesea că această introspecţie este foarte folositoare şi vor beneficia de o reducere a durerii dacă vor conştientiza câtă furie oarbă zace înăuntrul lor. În plus faţă de recunoaşterea mâniei, unii oameni simt nevoia să o *simtă* direct. Apoi, dacă simptomatologia lor nu se îmbunătăţeşte, ar putea dori să urmeze o psihoterapie. Pentru unele persoane, vinovatul poate fi ceva diferit de ceea ce cred ei că stimulează furia. Şi ei vor avea nevoie probabil să lucreze cu un psihoterapeut.

Î: *„Cum pot să-mi dau seama de diferenţa dintre durerea musculară normală şi durerea cauzată de STM?”*

R: Durerea musculară care vine după activitatea fizică tinde să dispară într-o zi sau două. STM durează zile, săptămâni sau luni.

Substituirea localizării

Ocazional, pacienţii cu STM vor dezvolta durere într-o nouă regiune. La cursuri eu descriu numeroasele variaţii ale sindromului, ce implică diferiţi muşchi, nervi şi tendoane, astfel încât pacienţii vor recunoaşte o durere nouă atunci când ea apare ca o manifestare alternativă a STM. În ciuda avertizării mele că aceasta poate apărea şi a sfatului să-mi telefoneze dacă se întâmplă aşa ceva, tendinţa de a atribui noua durere altui motiv pare irezistibilă.

O fostă pacientă a petrecut un an cu o durere la piciorul drept care-i cauzase probleme serioase. De exemplu, ea ajunsese să acţioneze pedalele de acceleraţie şi frână cu piciorul stâng. Când s-a gândit într-un final că ar putea suferi de STM, a venit să mă vadă. De îndată ce diagnosticul a fost stabilit, ea a condus maşina spre casă folosind şi piciorul drept.

O altă pacientă mi-a telefonat. „Vindecată" de durerea de spate cam cu doi ani în urmă, alergase regulat de atunci. Cu trei săptămâni înainte să mă sune, şoldul drept începuse să o doară după o alergare. A consultat un doctor, care a stabilit diagnosticul de bursită trohanteriană. Reţeta: o injecţie locală cu steroizi şi medicaţie antiinflamatorie pe cale orală. Când durerea a persistat, ea a început să se gândească la STM şi a apelat cabinetul meu. I-am spus că este o localizare comună pentru STM şi că era vorba aproape sigur de un substitut pentru durerea de spate. A închis telefonul şi, mai apoi, mi-a transmis printr-o scrisoare: „M-am mâniat atât de tare pe creierul meu pentru că îmi juca o festă murdară din nou, încât am strigat la el şi durerea a dispărut".

Adesea, oamenii suportă intervenţii chirurgicale pentru simptome-substitut ale STM. Am primit un alt apel telefonic de la o femeie pe care o tratasem cu succes cu trei ani în urmă. Cu câteva luni mai devreme ea începuse să simtă durere în partea posterioară a unuia dintre umeri. A consultat un număr de experţi în problemele umărului, a făcut un test RMN care a indicat o ruptură de inel a rotatorilor, iar intervenţia chirurgicală a fost efectuată pentru a „repara ruptura".

Durerea s-a ameliorat, dar în momentul în care a dezvoltat exact aceeaşi durere la umărul opus câteva săptămâni mai târziu, ea a devenit suspicioasă şi a decis să mă caute. I-am spus că umărul este o regiune obişnuită pentru tendinita de tip STM şi i-am propus o examinare. Cu ocazia consultaţiei pe care am stabilit-o câteva zile mai târziu, mi-a spus că durerea dispăruse peste noapte după conversaţia noastră.

Dispariţia rapidă a noii dureri trăite în momentul în care pacienţii află că este vorba de o manifestare STM se petrece pentru că ei ştiau

deja despre STM. Ei trecuseră printr-o perioadă de integrare graduală şi asimilare a conceptelor şi nu a fost nevoie să repete acel proces. De îndată ce au recunoscut durerea ca fiind parte a STM, aceasta şi-a pierdut abilitatea de a distrage atenţia şi a dispărut imediat.

De fapt, încetarea aproape instantanee a durerii în astfel de cazuri ne spune ceva despre patofiziologia STM. Durerea nu ar putea fi rezultatul unui proces inflamator, nici al unei malformaţii ce produce simptome prin apăsare; niciuna dintre aceste condiţii nu ar putea dispărea în câteva minute sau ore. În schimb, această afecţiune este în întregime compatibilă cu un proces în care durerea este provocată de o uşoară privare de oxigen, de vreme ce sistemul nervos autonom poate schimba rata fluxului sangvin în secunde, dacă alege să facă asta.

Substituirea se poate manifesta şi prin anumite simptome psihologice. O tânără aflată în prezent sub tratament mi-a spus că acum are şi zile fără durere, dar că înainte ea era tot timpul „un pachet de nervi". Ca urmare, a dorit să înceapă psihoterapia, astfel încât să poată să facă faţă tumultului emoţional „când rana va fi deschisă". Am fost încântat că învăţase conceptele atât de bine. În mod clar, durerea şi stările emoţionale sunt creaţii ale creierului în scopul evitării şi se pot substitui unele pe celelalte.

Continui să avertizez pacienţii în privinţa posibilităţii apariţiei unei substituiri a localizării, însă după doi sau trei ani ei uită ce le-am spus şi trăiesc un disconfort inutil.

Recidiva

Recidivează durerea vreodată? Da, este posibil – dar se întâmplă foarte rar. Sondajele de urmărire a evoluţiei pacienţilor au indicat acest fapt. Rata „vindecării" permanente se situează undeva între 90 şi 95 la sută.

Această rată înaltă a „vindecării" este influenţată într-o foarte mare măsură de faptul că timp de mulţi ani am testat toţi pacienţii înaintea admiterii în program. Ar fi fost lipsit de sens să tratezi oameni care nu sunt capabili, indiferent de motiv, să accepte ideea unei tulburări fizice induse psihologic. Recunoaşterea şi acceptarea acestei idei este esenţială pentru recuperare.

Când se întâmplă o revenire a durerii (arareori sub o formă acută), depinzând de circumstanţe, voi invita sau nu pacientul la un nou consult. Pacientul se va întoarce pentru cursuri sau şedinţe de grup, în timpul cărora motivul pentru recidiva durerii este descoperit şi discutat. Unii pacienţi se decid să înceapă o psihoterapie.

Condiţii obligatorii ale tratamentului

Le spun pacienţilor mei la sfârşitul cursurilor că nu trebuie să se considere „vindecaţi” dacă nu pot spune fără echivoc că:

- Mai simt doar puţină durere STM sau deloc. Puţină durere fără consecinţe fizice sau emoţionale este permisibilă. Suntem doar oameni, până la urmă.
- Sunt pregătiţi să se angajeze în activităţi fizice nerestricţionate.
- Nu se tem de niciun fel de activitate fizică.
- Au încetat toate formele de tratament fizic sau farmacologic.

După cum am aflat în Partea întâi a acestei cărţi, frica este de preferat durerii ca factor de distragere a atenţiei. Astfel, dacă nu sunt îndeplinite toate aceste cerinţe, durerea nu va dispărea sau va recidiva inevitabil. Trebuie să le dovedim creierelor noastre că ştim ce se petrece, că nu putem fi păcăliţi şi, mai presus de toate, că nu suntem intimidaţi sau înfricoşaţi. Acesta este o înfruntare, între conştientul nostru logic şi inconştientul iraţional. Este cu adevărat o epopee a două minţi.

Medicina alternativă

Milioane de americani caută tratamente în fiecare an la practicienii aşa-numitei medicini alternative sau neconvenţionale. De ce? Răspunsul este evident: pentru că medicina convenţională a eşuat. Este adevărat în special în ce priveşte tulburările musculo-scheletale discutate în această carte. Medicina convenţională nu a reuşit să vindece aceşti pacienţi pentru că nu a reuşit să stabilească un diagnostic corect. Nu poţi să-ţi vindeci pacientul dacă nu ai identificat natura bolii sau tulburării de care suferă.

Cele mai multe tratamente medicale alternative au succes, mai mare sau mai mic, prin intermediul efectului placebo. Dacă fenomenul placebo nu ar exista, ar dispărea majoritatea acestor tratamente. Ele par a fi de ajutor, dar nu vindecă, pentru că efectul placebo este unul temporar.

De vreme ce mare parte a tulburărilor musculo-scheletale simt manifestări ale STM, orice metodă de tratament care se concentrează pe corp va perpetua mai degrabă decât să oprească procesul durerii. Deci, în mod paradoxal, deşi tratamentul neconvenţional poate aduce o ameliorare temporară (de obicei parţială), el va garanta adesea continuarea procesului aflat la bază pentru că menţine atenţia

pacientului concentrată pe acea parte a corpului care doare.

De aceea nu sunt de acord cu majoritatea metodelor de tratament alternative. Diagnosticul şi tratamentul STM nu reprezintă exemplu de medicină neconvenţională sau holistică, ci ţine de medicina clinică propriu-zisă. Recunoaşterea rolului cauzal al emoţiilor conduce la un diagnostic şi un tratament de succes.

O singură abordare alternativă a bolii este corectă în esenţă. Andrew Weil, un absolvent al Harvard Medicine School, profesor şi practician, ne învaţă, aşa cum a făcut şi Norman Cousins, că fiecare dintre noi are capacitatea de autovindecare, că suntem, cum spune Cousins, „mai puternici decât credem". Weil a documentat numeroasele căi prin care putem combate boala şi spori calitatea sănătăţii noastre dincolo de metodele medicinei convenţionale, în cărţi cum ar fi *Spontaneous Healing* (*Vindecarea spontană)*.

Abordarea terapeutică a problemei medicale omniprezente descrise în acest capitol este un exemplu specific legat de potenţialul autovindecător pe care îl posedă fiecare dintre noi. Este dovada că suntem, într-adevăr, mai puternici decât credem.

Un cuvânt de atenţionare şi o sugestie pentru cititori: numeroasele scrisori pe care le-am primit de la oamenii care mi-au citit cărţile despre durerea de spate, după care starea lor s-a îmbunătăţit, constituie un argument solid în ce priveşte puterea cunoaşterii de a suprima tulburările psihosomatice. Totuşi, cititorii nu trebuie să presupună că tulburările de care suferă ei sunt rezultatul unui proces minte-corp înainte de a fi fost examinaţi şi testaţi în mod adecvat de un medic şi asiguraţi că nu au o boală serioasă.

Asta nu înseamnă că un diagnostic psihosomatic este stabilit prin excludere, pur şi simplu pentru că nu există un alt diagnostic. Totuşi, pentru că atât de puţini medici stabilesc un diagnostic psihosomatic, un individ poate fi forţat să ajungă la această concluzie pe cont propriu. De aceea este esenţial ca în primul rând să excludem posibilitatea existenţei unei tulburări nonpsihosomatice.

Am primit multe apeluri telefonice şi scrisori de la oameni care au decis că au STM şi caută îndrumare suplimentară. Din păcate, este imposibil din punct de vedere atât medical, cât şi etic să-i consult. Ceea ce le propun eu, dacă sunt convinşi că au STM sau vreunul dintre echivalenţii acestuia, şi dacă au urmat tratamentele prescrise de doctorii lor şi continuă să aibă simptome, este să ia în calcul psihoterapia cu un psihiatru sau psiholog care este format în psihanaliză.

Cuvinte de încheiere

Care sunt cele mai importante lucruri pe care trebuie să ni le amintim despre tulburările minte-corp şi despre cum le vindecăm?

În primul rând, că STM şi numeroşii lui echivalenţi sunt în esenţă *inofensivi,* deşi uneori severitatea simptomelor face greu de crezut acest lucru.

Simptomele fizice minte-corp sunt omniprezente în societatea occidentală; ele nu implică o boală sau o anomalie mentală sau emoţională.

Suntem mult mai *puternici* decât ştim şi avem capacitatea de a influenţa ce se întâmplă în corpul nostru. Dar trebuie să învăţăm cum.

În ce priveşte grupul de afecţiuni minte-corp descrise în această carte, *cunoaşterea* procesului şi, în mod special, cunoaşterea surselor sale emoţionale sunt esenţiale şi conduc aproape invariabil la o „vindecare".

Cei mai mari duşmani ai noştri sunt *frica* şi *dezinformarea.* Pe tărâmul emoţiilor, avem *două minţi* şi nu trebuie să facem greşeala de a judeca mintea inconştientă pe baza regulilor logicii şi raţionalităţii, care sunt caracteristice minţii conştiente.

Mintea şi corpul sunt indivizibile şi în interacţiune constantă. Acest fapt are ca rezultat un organism magnific, de o complexitate şi minunăţie infinite.

Anexă: dezbateri academice

Această secţiune este destinată celor care sunt interesaţi de aspectele mai teoretice ale medicinei psihosomatice şi, în consecinţă, conţine nişte termeni tehnici. Ar trebui să fie de un interes particular pentru psihologi şi psihiatri, care urmăresc literatura referitoare la medicina psihosomatică.

Freud şi urmaşii săi

De vreme ce teoria privitoare la STM susţine că sindromul este elaborat în inconştient pentru a servi unui scop inconştient, ea are rădăcini ferme în teoria psihanalitică. În mod particular, conceptualizarea inconştientului de către Freud oferă un model pentru înţelegerea rolului refulării, care are o importanţă vitală pentru teoria STM. Ca urmare, cu toate că s-au descoperit multe alte concepte în domeniile psihologiei şi psihiatriei, fără Freud ne-am afla încă în căutarea unei explicaţii. Preluările teoriei STM a unora dintre ideile lui Freud s-au făcut cu un profund spirit de recunoştinţă faţă de acesta şi conceptele lui de pionierat.

Ceea ce urmează este o discuţie despre felul în care teoria STM seamănă şi diferă faţă de teoriile psihosomaticii, vechi şi noi.

Conversie versus simptome psihosomatice

Freud a făcut o distincţie între simptomele isterice de conversie şi ceea ce el numea echivalentele angoasei. În perioada de început, el a afirmat că simptomele „organice" cum ar fi tulburările cardiace, diareea, ameţeala, crampele musculare şi paresteziile nu se puteau trata prin psihanaliză, de vreme ce nu constituie rezultatul unui conflict intern. În schimb, el credea că acestea se datorează excitaţiei sexuale somatice care nu poate fi acceptată în plan fizic şi trebuie să caute o altă cale de exprimare, de aici manifestarea afectivă a angoasei sau a unui substitut fizic. Mai târziu în cariera sa, el a considerat angoasa ca pe un semnal de pericol.{5}

Experienţa câştigată în tratarea STM a clarificat faptul că simptomele regionale psihogene (conversia) şi cele psihosomatice servesc aceluiaşi scop psihic, de vreme ce ele pot apărea în mod simultan la acelaşi pacient. Mai departe, angoasa pare a fi un echivalent al simptomelor fizice, pentru că le înlocuieşte adesea pe măsură ce acestea se calmează.

Faptul că acelaşi proces psihic subîntinde ambele tipuri de simptome, psihogene regionale şi psihosomatice, este întărit de faptul că mulţi dintre pacienţii isterici ai lui Freud aveau simptome care erau în mod clar „vegetative". Dora avea „astm nervos" şi suferea de accese de vomă, ambele reflectând o fiziologie alterată, spre deosebire de simptomele isterice, cum ar fi paralizia şi anestezia, care sunt rezultatele unui proces elaborat în întregime la nivelul contextului.{6}

Din câte ştiu eu, Freud nu a comentat niciodată în ce priveşte neurofiziologia simptomelor isterice sau psihosomatice. Acest lucru ar fi în concordanţă cu viziunea sa despre sine ca psiholog, şi nu ca fiziolog.

Prezintă interes faptul că Freud l-a idolatrizat pe Fliess, după cum sugerează corespondenţa lor din perioada de tinereţe{7}. S-a întâmplat oare asta pentru că Fliess era un proeminent fiziolog şi pentru că atunci, ca şi acum, fiziologia şi anatomia erau considerate disciplinele ştiinţifice medicale prin excelenţă? Din moment ce, în cariera sa, Freud trebuie să se fi simţit într-un fel inferior; deşi era în mod ineluctabil atras de ideea creării unei psihologii noi, el o considera, la urma urmei, o ramură inferioară a ştiinţei. Era cererea adresată către Fliess pentru sprijin şi încurajare bazată numai pe o nevoie psihologică personală sau singurătatea şi depresia lui erau cauzate parţial de faptul că se simţea alungat din sfera „adevăratei ştiinţe"?

Cercetătorii în medicină psihosomatică (şi psihanaliză) au muncit întotdeauna apăsaţi de sentimente de inferioritate, generate fără îndoială de incapacitatea de a-şi descrie şi defini munca potrivit regulilor care guvernează ştiinţa de laborator. Dacă toate funcţiile umane sunt definite în termeni fizici şi chimici, medicina psihosomatică nu va face parte din aceste ştiinţe. Potrivit acestei viziuni, boala sau disfuncţia este rezultatul aberaţiilor fizice şi chimice şi poate fi corectată utilizând mijloace mecanice sau chimice. Medicina contemporană, inclusiv o mare parte a psihiatriei, pare a fi guvernată de această filosofie.

Atunci cum explicăm vindecarea completă a unei afecţiuni dureroase (fie ea de conversie sau fiziologică) prin mecanismul educaţional, aşa cum a fost el descris în această carte?

În mod clar, un alt gen de ştiinţă trebuie să fie aplicat aici, despre care ştim foarte puţin. Numiţi-o ştiinţa minţii sau, dacă am adopta interpretarea lui Bruno Bettelheim la opera lui Freud, „ştiinţa sufletului sau a spiritului"{8}. Metodele ştiinţei „tari" nu se pot aplica acestei ştiinţe. Deoarece nu este nicio cale în prezent de a obţine date obiective legate de această dimensiune a experienţei umane, trebuie să ne bazăm pe cunoaşterea empirică.

Freud era sigur pe sine în mod justificat, poate chiar arogant, pentru că ştia că descoperise ceva de o importanţă majoră despre funcţia

sufletului uman. Faptul că teoriile sale au fost modificate cu timpul este de mică importanţă în lumina contribuţiei lor monumentale la cunoaşterea umană. Ca un adevărat om de ştiinţă, el a avut încredere în observaţiile sale, chiar dacă acestea nu puteau fi explicate în termeni fizico-chimici.

Se ştie foarte bine în prezent că fenomenele mentale şi emoţionale pot stimul? activitatea neuronală din creier, unde sunt declanşate acele reacţii fizice şi chimice elaborate care vor cauza simptomele afective şi fizice.{9} Chimia creierului nu iniţiază de la sine putere o disfuncţie; în acest caz, chimia se află în serviciul psihicului. În procesul minte-corp, maşina fizico-chimică este pusă în mişcare de emoţii, nu viceversa. (Cuvântul *psyche,* derivat din limba greacă, înseamnă „suflet".)

Simptomele fizice

Freud a spus, la fel ca mulţi alţii, că nevroza şi formarea simptomului semnifică o tulburare. El a crezut că simptomele fizice au mai mult de un singur înţeles şi reprezintă mai multe procese mentale inconştiente în acelaşi timp.{10}

Modelul STM susţine că formarea simptomului psihogen este universală, variind numai în gravitate, intensitate şi alegerea simptomului. Este soarta tuturor oamenilor normali şi nu este o boală. Scopul psihologic al simptomelor fizice (precum şi al unora afective) este acela de a distrage atenţia de la furia ameninţătoare sau de la sentimentele insuportabile care sunt consecinţa unei varietăţi de presiuni externe şi interne.

Freud a spus: „Motivul stării de boală este întotdeauna intenţia unui câştig". El a văzut „boala" ca pe un mijloc de rezolvare a conflictului psihic, acesta fiind beneficiul direct şi primar. Se pare însă că a ataşat o semnificaţie mai mare beneficiului secundar derivat din „boală", cum ar fi, de exemplu, atenţia, simpatia şi fuga de responsabilitate sau muncă.{11}

Există o diferenţă fundamentală între teoria psihanalitică tradiţională şi ceea se s-a observat în diagnoza şi tratamentul STM.

Dacă există un avantaj în a avea un simptom psihogen, cum ar fi STM, acela este beneficiul principal şi inconştient al evitării exprimării făţişe a furiei sau a altui sentiment insuportabil. Deşi beneficiul secundar apare fără îndoială (şi este şi inconştient), experienţa clinică cu STM sugerează că acesta are o semnificaţie mai puţin importantă decât cea a beneficiului direct.

Tema noastră este însă mai importantă decât această diferenţa faţă de teoria psihanalitică tradiţională, din moment ce conceptul de

beneficiu secundar este în mod curent baza diagnozei şi tratamentului durerii cronice în multe centre din SUA. Ele se ghidează după teoria că există unele motive de bază pentru durere, care sunt structurale sau rezultat al tulburărilor musculare şi afirmă că agravarea şi cronicizarea durerii reprezintă consecinţa unei dorinţe inconştiente pentru beneficiul secundar.{12}

În experienţa mea cu STM, durerea cronică are aceeaşi patofiziologie ca durerea acută; cronicizarea şi agravarea depind de starea psihologică subiacentă, unde durerea apare în primul rând ca factor de distragere a atenţiei. A baza tratamentul pe beneficiul secundar este o eroare dublă: el eşuează în a recunoaşte adevărata etiologie a durerii, ajutând astfel la perpetuarea mai degrabă decât la ameliorarea tulburării. De asemenea, este pierdută din vedere şi îi scapă semnificaţia psihologică a simptomului şi astfel nu poate fi folosit tratamentul adecvat. Mai departe, este umilitor pentru pacienţi să le sugerezi că obţin beneficii de pe urma maladiei.

Anthony Wheeler, un neurolog care consultă pacienţi la un centru de tratament pentru coloană, a revizuit subiectul durerii cronice în partea lombară şi a identificat factorii răspunzători, neurofiziologici şi psihologici, care contribuie la etiologia şi perpetuarea tulburării.{13} Citând multe articole din literatura-de specialitate, el enumeră o varietate de fenomene psihosociale cum ar fi depresia, tulburările şi trăsăturile de personalitate, stările de anxietate, abuzul de substanţe, abuzul sexual din copilărie, mânia/ostilitatea şi frica, considerând că toate acestea agravează tulburarea fizică subiacentă.

Din experienţa mea, factori psihologici de acest tip contribuie la procesele inconştiente sau sunt rezultatul lor, aceste procese stimulând simptomele fizice caracteristice STM ce constituie cauza durerii continue.

Freud a concluzionat: „… un simptom isteric ia fiinţă numai acolo unde se pot întâlni într-o singură expresie îndeplinirile a două dorinţe contradictorii, fiecare avându-şi sursa în alt sistem psihic.”{14}

Exemplul pe care îl dă el, nu ca pe o dovadă, ci pentru a-şi clarifica punctul de vedere, este o femeie afectată de o vomă isterică. (Voma este fiziologică, deci n-are cum să fie isterică.) Freud a teoretizat că una dintre dorinţele opuse emana din inconştient, căci ea îşi dorise să fie în mod continuu însărcinată (cu mai mulţi bărbaţi), iar cealaltă, de la preconştient care o pedepseşte pentru acea dorinţă inconştientă în măsura în care voma ar lipsi-o de plinătatea corpului şi de frumuseţe. El susţinuse anterior că simptomele psihonevrotice ar trebui privite ca o împlinire a dorinţelor inconştiente.

Din contră, teoria STM descoperă că, indiferent dacă simptomele sunt psihosomatice sau psihogene regionale (isterice), ele sunt proiectate pentru a servi ca o reacţie de protecţie împotriva furiei

narcisice sau a altor sentimente insuportabile şi nu sunt un mecanism de pedepsire sau îndeplinire a unei dorinţe inconştiente.

O explicaţie pishodinamică alternativă la simptomele pacienţilor lui Freud, bazată pe teoria STM, ar fi aceea că Supraeul critic proclamă că dorinţele inconştiente ale femeii sunt periculoase, absurde, copilăroase, chiar imorale şi nu pot fi tolerate. Şinele narcisic reacţionează cu furie la această critică, iar simptomele sunt induse de Eul şi Supraeul inconştiente ca factor de distragere a atenţiei, pentru că se tem ca sentimentul nedorit să nu evadeze în conştient.

Într-un alt caz al lui Freud, un băiat de paisprezece ani a trăit *„tic convulsiv,* vomă isterică, cefalee etc." când văduvul său tată a adus acasă o soţie nouă. Freud a ajuns la concluzia că băiatul acumulase deja o furie refulată împotriva tatălui, care îl certase mai demult pentru că „se *juca* cu organele genitale". Deşi nu o spune în mod specific, Freud pare să sugereze că simptomele băiatului se substituie furiei.{15}

Interpretarea din partea teoriei STM ar fi că evenimentul prin care trecea copilul n-a făcut decât să sporească furia cumulativă a băiatului, aducând-o la un nivel critic, unde ameninţa să devină conştientă, aşa încât declanşarea simptomelor a servit la distragerea atenţiei de la furie. Observaţi că din nou un simptom vegetativ, voma, este identificată de Freud ca fiind de natură „isterică".

Despre culpă, Freud a spus că „în cele din urmă, ajungem la constatarea că aici este vorba despre un aşa-zis factor «moral», de un sentiment de vinovăţie care îşi găseşte satisfacţia în boală şi care nu vrea să renunţe la pedeapsa reprezentată de boală. Deşi această constatare nu ne poate consola, trebuie totuşi să stăruim asupra ei. Pentru bolnav, sentimentul de culpabilitate este mut, nu-i spune că ar fi vinovat; el nu se simte vinovat, ci bolnav. Acest sentiment de culpabilitate se manifestă ca o rezistenţă greu de depăşit pentru însănătoşire."{16}

Rezistenţa la însănătoşire este manifestă prin continuarea simptomelor. Freud a conchis că sentimentul refulat trebuie să fie cel al culpei, de vreme ce simptomul – să-l numim durere – este perceput ca o pedeapsă, iar persoana trebuie că se pedepseşte pe sine în urma acestui sentiment al culpabilităţii. Mai mult, Freud sugerează că sentimentul de inferioritate „binecunoscut printre nevrotici" reprezintă, de asemenea, o consecinţă a condamnării Eului de către Supraeul exagerat de critic.

Potrivit modelului STM, stima de sine scăzută este consecinţa multor factori, inclusiv a condiţiilor deficitare de creştere şi educare din copilărie, a cerinţelor societăţii moderne sau a factorilor genetici. Idealurile înalte ale Supraeului sunt rezultatul nevoii individului de a-şi demonstra sie însuşi şi lumii că poate fi perfect şi bun.

Modelul STM susţine că nu nevoia de a se pedepsi pe sine face ca simptomele să continue, ci nevoia de a distrage atenţia de la sentimentele înfricoşătoare care ar putea fi dezvăluite. Acesta este un act de *autoprotecţie mai degrabă decât de autoflagelare.* Nu este o rezistenţă la „însănătoşire", ci o rezistenţă la *descoperire.*

Supraeul joacă un rol major în refulare deoarece venirea în conştient a unor sentimente cum ar fi furia ar viola standardele idealiste de perfecţiune ale Supraeului. Eul participă la refulare şi rezistenţă, astfel încât individul, în întregime, să nu sufere consecinţele furiei dezlănţuite, cum ar fi condamnarea, respingerea şi răzbunarea.

Am întâlnit în experienţa mea pacienţi a căror durere rezistă eforturilor terapeutice educaţionale şi care nutresc sentimente refulate care sunt profunde şi complicate, semnalând nevoia unei explorări în adâncime, deci a psihoterapiei.

Ce putem spune despre culpa conştientă? Potrivit teoriei STM, numai sentimentele inconştiente produc simptome fizice. În *Eul şi Se-ul,* Freud discută despre culpa conştientă în nevrozele obsesive şi în melancolie (depresie) şi spune că nu este clar de ce culpa este atât de puternică în aceste tulburări, dar o atribuie activităţii Supraeului.{17}

Dacă urmărim teoria STM, sentimentul de culpabilitate apare ca o consecinţă normală a revendicărilor Supraeului care induce o furie inconştientă, ce poate avea ca rezultat simptome fizice sau o varietate de simptome afective, cum ar fi tendinţa spre obsesie, anxietate sau depresie. Obsesia legată de simptome este comună la oamenii care au STM, sugerând faptul că la aceşti pacienţi furia este mare şi motivele pentru aceasta foarte convingătoare. Motivul alegerii unui simptom anume – adică obsesia sau depresia – rămâne necunoscut, dar în oricare dintre cazuri furia rămâne ascunsă.

După cum s-a discutat în Capitolul 1 al acestei cărţi, depresia, anxietatea şi simptomele obsesiv-compulsive sunt toate echivalente ale STM.

Sentimentele conştiente, indiferent cât de neplăcute, dureroase sau ameninţătoare sunt, nu provoacă simptome. Numai cele refulate, inconştiente, înspăimântătoare cauzează simptome, fie afective, fie fizice.

Furia narcisistă

Deşi Kohut a dezvoltat de la zero conceptul de „furie narcisică" înţeles ca bază a patologiei afective{18}, următorul pasaj din *Dincolo de principiul plăcerii* sugerează că Freud a avut gânduri similare:

„Dezvoltarea timpurie a vieţii sexuale infantile trebuie să fie de foarte scurtă durată datorită incompatibilităţii dorinţelor pe care le presupune cu realitatea şi a insuficientei dezvoltări a copilului. Ea se încheie în condiţiile cele mai nefericite şi însoţită de senzaţii din cele mai dureroase. Pierderea dragostei şi eşecul lezează pentru multă vreme amorul propriu, lăsând o cicatrice narcisică; ele constituie – după observaţiile mele (…) una din cauzele cele mai adânci ale «sentimentului de inferioritate» atât de frecvent la nevrotici”.{19}

Mai departe, în acelaşi capitol, Freud declara: „Diminuarea afecţiunii de care se bucura altădată, exigenţele crescânde ale educaţiei, cuvintele serioase şi o pedeapsă întâmplătoare sfârşesc prin a-l face pe copil să simtă toată desconsideraţia care îi revine acum. În ceea ce priveşte felul în care ia sfârşit această dragoste tipică pentru perioada infantilă, există câteva modalităţi care revin cu regularitate.”{20}

Aceasta este o dovadă că şi pentru Freud contează ideea de „furie narcisică” şi de sentimente intense de inferioritate care, în opinia mea, sunt omniprezente în societatea occidentală modernă, cu variaţii în importanţă de la persoană la persoană. Aceste sentimente se află în esenţa celei mai mari părţi a simptomatologiei psihogene. Deşi Freud nu menţionează furia ca una din consecinţele acestei pierderi a iubirii, mă îndoiesc că ar fi respins ideea.

Ar trebui să adăugăm totuşi că nu numai pierderea iubirii, ci şi o varietate de alte experienţe negative în procesul de dezvoltare contribuie la afectarea stimei de sine şi la furia narcisică.

Freud a făcut referire în mod frecvent la sentimentele intense de inferioritate, însă nu le-a inclus ca pe un factor în dezvoltarea nevrozelor sau simptomelor. Teoria STM, pe de altă parte, atribuie perfecţionismul şi „obsesia binelui” respectului de sine scăzut.

Se pare că furia generată în pruncie şi copilărie este permanentă, păstrată în seif, ca să spun aşa. „Depozitele” continuă să se acumuleze în „contul furiei” de-a lungul vieţii. Probabil că acest lucru explică de ce unii oameni încep să aibă simptome fizice în copilărie, unii în adolescenţă, alţii în perioada tinereţii, însă marea majoritate în perioada medie a vieţii, când stresurile şi presiunile sunt cele mai mari. La acea vârstă pare să fie un prag cantitativ, când nivelul de furie, devenit destul de înalt pentru a ameninţa să irumpă în conştient, necesită o distragere a atenţiei, care poate lua forma unui simptom fizic sau a unei reacţii afective nedorite, cum ar fi anxietatea, tendinţele fobice sau obsesive ori depresia.

Simptome fizice, anxietate, fobie şi obsesie

Discutând despre semnificaţia fobiei isterice sau agorafobiei, Freud spune: „Un nevrotic este incapabil să meargă singur pe stradă – considerăm aceasta, pe bună dreptate, un «simptom». Suspendăm acest simptom obligându-l să realizeze acţiunea de care se credea incapabil. Se produce atunci o criză puternică de panică, după cum adesea o criză de panică pe stradă a devenit prilej pentru instalarea agorafobiei. Aflăm astfel că simptomul este constituit pentru a preveni izbucnirea angoasei; fobia este pusă ca o fortăreaţă de frontieră în faţa angoasei."{21}

În modelul STM simptomul apare ca o distragere a atenţiei de la furie sau alte sentimente insuportabile. Atât fobia, cât şi anxietatea sunt „apărări", strategii de evitare în interesul menţinerii sentimentelor în inconştient. Dacă fobia este înlăturată, forţându-o să traverseze strada, persoana devine anxioasă. Fobia şi anxietatea sunt simptome echivalente al căror scop este să distragă atenţia de la furia refulată sau alte sentimente puternice şi să prevină exprimarea lor conştientă. Este o modalitate de evitare, care este o cale de apărare clasică. Am spus deja că obsesia, anxietatea, depresia şi simptomele fizice sunt echivalente unele cu celelalte; acum şi fobiile sunt adăugate la această echivalenţă.

Diavolul şi sfântul din interior

Freud a scris în *Eul şi Se-ul:*

„Se poate merge mai departe şi avansa ipoteza că în mod normal o bună parte a sentimentului de culpabilitate trebuie să rămână inconştient, apariţia conştiinţei morale fiind strâns legată de complexul Oedip, care ţine de inconştient. Dacă cineva ar susţine paradoxul că omul normal este nu numai mult mai imoral decât se crede, dar, de asemenea, mult mai moral decât se ştie, psihanaliza pe ale cărei date se bazează prima parte a acestei propoziţii nu ar avea nimic de obiectat împotriva celei de a doua"{22}

Afirmaţia lui Freud potrivit căreia Supraeul îşi are rădăcinile în complexul lui Oedip provine din ideea că după trecerea prin stadiile de conflict şi competiţie cu părintele, individul care se dezvoltă adoptă valorile părinţilor şi asta devine conştiinţa (Supraeu, idealul Eului etc.).

Este greu de înţeles cum aceşti părinţi care au reprezentat până atunci o varietate de elemente negative în procesul de dezvoltare devin mai apoi personificarea a tot ce este perfect şi bun, cum este idealul de tată sau dulce şi iubitoare, ca mama. Faptul că au devenit în totalitate perfecţi sau buni depăşeşte puterea de imaginaţie.

Pare să existe mai multă logică în ideea: „Trebuie să-mi dovedesc mie însumi şi lumii că sunt perfect şi bun”. Standardele pentru aceste idealuri ne înconjoară din toate direcţiile: civilizaţie, lege, religie. Ele sunt administrate de părinţi, profesori şi lideri religioşi. Motivaţia pentru perfecţiune şi bunătate izvorăşte din sentimente intense de inferioritate.

Teoria STM susţine ideea conform căreia conştiinţa morală nu derivă din complexul Oedip, ci din factori numeroşi, inclusiv un profund sentiment de inferioritate, plus diverse imperative familiale, sociale şi culturale. Ordinele dictatoriale ale Supraeului sunt făcute pentru a demonstra atât individului însuşi, cât şi lumii întregi că el este un om cu merite (perfect) şi bun. Acesta este sfântul dinăuntru, dar există şi un diavol, de asemenea, format din rămăşiţele narcisice ale copilului, care este scandalizat de pretenţiile Supraeului. Astfel, după cum spunea Freud, la nivelul inconştient suntem în acelaşi timp mai răi şi mai buni decât ştim.

Oricare ar fi rădăcinile Supraeului, nimeni nu-i poate nega rolul constrângător, dictatorial din psihic. Teoria STM spune că acest lucru înfurie Sinele nuclear, ghidat de dorinţe infantile, orientate spre plăcere, iresponsabile.

Înţelegerea simptomelor fizice psihogene

Vorbind despre limbajul nevrozei obsesionale, Freud spunea: „înainte de toate, limbajului nevrozei îi lipseşte acel salt al psihicului la nivelul inervaţiilor somatice (conversia isterică), care scapă complet înţelegerii noastre”.{23}

Ceea ce Freud numeşte „salt” nu este similar cu modelul STM, care recunoaşte că emoţiile au puterea de a stimula fiziologic reacţii de toate felurile, exemplificate de simptome la pacienţii cu conversie isterică ai lui Freud şi de toate procesele fizice pe care le-am desemnat ca psihosomatice. Dacă Freud a vrut să spună că nu ştim cum face creierul ceea ce face („cutia neagră”), atunci afirmaţia lui se aplică tuturor proceselor mentale şi emoţionale, însă ştim destule despre fiziologia creierului, pentru a fi capabili să arătăm ce legături există între sistemul limbic, hipotalamus şi sistemele nervos şi imunitar, ceea ce înseamnă că putem explica acum simptomele fizice psihogene dincolo de nivelul „cutiei negre”.{24}

Specialistul în filosofie analitică Jonathan Lear spune: „într-adevăr, niciun salt nu este posibil: nu din cauza unei prăpăstii de nedepăşit între minte şi corp, dar pentru că la nivelul arhaic corpul este totuna cu mintea”.{25}

La adult, există încă mărturii ale arhaicului. Deşi nu reprezintă

totalitatea psihicului, este o parte foarte importantă a minţii. Dar există dovezi puternice că nu există niciun gol şi nicio nevoie pentru un salt: în lucrarea lui Candace Pert şi a colegilor ei s-a demonstrat că există o reţea de informaţii între centrii emoţionali ai creierului şi corp.{26}

George Meneil a descris un pacient care suferea de tulburare de personalitate borderline şi care a dezvoltat o febră de origine necunoscută. El a speculat că acele procese psihice ar putea activa căi neuronale între sistemul limbic şi hipotalamus ce duc la o „dereglare" a sistemului nervos autonom şi la febră.{27} Acest lucru este analog cu ceea ce spune teoria STM despre sindroamele dureroase descrise în Partea a doua a acestei cărţi.

Contribuţia lui Franz Alexander

Literatura medicală referitoare la medicina psihosomatică a fost scrisă aproape în exclusivitate de psihanalişti. Dacă STM şi echivalenţii săi sunt rezultatul fenomenelor inconştiente, aşa cum susţine teoria STM, asta este în întregime adecvat, pentru că inconştientul este domeniul psihoterapeuţilor de orientare psihanalitică. Totuşi, aceşti specialişti au un dezavantaj în cercetarea lor psihosomatică de vreme ce nu cunosc şi nu au acces la gama completă de oameni cu tulburări minte-corp. Ca rezultat, teoriile lor asupra naturii psihogenezei ar putea fi lipsite de precizie.

Frosch{28} a indicat faptul că Franz Alexander, fondatorul Institutului de Psihanaliză din Chicago şi colegii săi, French şi Pollock au avut o contribuţie majoră în domeniul medicinei psihosomatice în secolul XX şi au fost aproape de obţinerea acceptării conceptelor lor în cadrul medicinei convenţionale{29}. Din păcate, nu a fost să fie.

Alexander a introdus, în cartea sa, conceptul de „nevroză vegetativă", referindu-se la afecţiunile psihosomatice, opuse tulburărilor de conversie. În clasificarea lui Alexander, „nevrozele vegetative" includeau migrena, hipertensiunea, hipertiroidismul, nevrozele cardiace, artrita reumatoidă, sincopa vasopresoare, ulcerul peptic, colita ulcerativă, constipaţia, diareea, stările de oboseală şi astmul.

El a legat anumite conflicte inconştiente de anumite tulburări fizice, dar nu a făcut distincţia între conversie şi simptomele psihosomatice, aşa cum am propus-o în Capitolul al doilea al acestei cărţi. Alexander a observat, ca şi mine, că Freud făcea referire adesea la simptome care erau clar psihosomatice ca şi cum erau de tipul conversiei – adică rezultatul conflictului inconştient.

Teoria STM se află în acord complet cu această obiecţie a lui

Alexander, deşi concepe diferit natura procesului inconştient responsabil pentru simptome, scopul simptomului şi principiul corelaţiei precise a unor afecte cu anumite regiuni de somatizare. În ciuda diferenţei de detaliu, există o continuitate între teoria STM şi opera lui Freud şi a lui Alexander. Ideea esenţială este că simptomele sunt rezultatul fenomenelor inconştiente, deşi ideea este respinsă de unii teoreticieni contemporani{30}.

Este interesant să comparăm şi să punem în contrast principiile majore ale teoriei lui Alexander cu teoria STM:

1. Potrivit lui Alexander, trăsăturile de personalitate dezvoltate devreme în viaţă joacă un rol major în evoluţia simptomelor psihosomatice. Teoria STM este de acord cu această idee, mai ales când acele trăsături includ nevoia de a fi perfect şi bun.
2. Alexander credea că evenimentele de viaţă sau circumstanţele stresante activează procesele emoţionale din inconştient, având ca rezultat simptomele. De acord. Aceste evenimente generează o furie internă, de vreme ce ele reprezintă o presiune asupra Sinelui narcisic.
3. Grupul lui Alexander a atribuit alegerea organului şi a simptomului unui factor constitutiv pe care l-au numit „X”.

Bazată pe dovezi empirice derivate din experienţa clinică cu mii de pacienţi, teoria STM descoperă că acelaşi stimul psihologic are ca rezultat simptome care se pot muta de la un organ sau sistem la altul şi nu găseşte nicio mărturie legată de determinanţi genetici, biochimici sau fiziologici. Teoria noastră susţine că există diferite niveluri de afectare la nivel fiziologic, începând cu STM şi echivalenţii săi, afecţiunile cele mai puţin grave, şi terminând cu tulburările autoimune, cardiovasculare şi cu cancer, cele mai severe afecţiuni psihosomatice. Deşi este probabil ca emoţiile să joace un rol în etiologia unor tulburări mai grave, acel rol *rămâne să fie determinat.*

De ce alege creierul anumite părţi ale corpului şi anumite simptome, acesta este un subiect de mare interes. Se poate doar specula asupra acestui proces în interiorul afecţiunii de tip STM şi ai echivalenţilor săi.

Edward Shorter, un istoric al medicinei, a scris elocvent despre acest subiect şi a concluzionat că oamenii aleg în mod inconştient o tulburare care este *în vogă* şi este considerată o *tulburare fizică legitimă* de către comunitatea medicală.{31} Aceasta ar putea fi numită „contagiune socială”. Sunt de acord cu această explicaţie pentru alegerea simptomului.

Iată ca exemple izbitoare două tulburări care sunt responsabile pentru o mare parte a dizabilităţii cauzate de durere în Statele Unite:

1. Întreaga gamă de sindroame dureroase în partea inferioară a spatelui, la umăr şi în membre – STM.
2. Bolile tensiunii repetitive (RSI). Sunt şi ele parte a STM.

Aceste două grupe afectează un număr enorm de oameni, dar *nu sunt niciodată diagnosticate ca fiind psihosomatice.* Pacienţii preferă un diagnostic nonpsihologic, structural, iar practicienii dintr-o varietate de discipline sunt gata să le facă pe plac. Împrejurările sunt perfecte pentru o epidemie.

Dacă un simptom este tratat cu succes, aşa cum se poate face cu ulcerul peptic prin folosirea unor agenţi farmacologici puternici, psihicul se uită simplu în altă parte. Aceasta este o observaţie obişnuită şi în cele mai multe cazuri aceeaşi tulburare se localizează într-o regiune alternativă. De exemplu, localizarea se poate muta de la stomac la durerea de spate sau de la durerea gâtului la durerea de cap. Schimbarea localizării durerii în interiorul sindromului STM este frecventă: de exemplu, de la spate la gât, de la genunchi la umăr.

Ipoteza mea este că alegerea tipului de afecţiune – adică, STM şi echivalenţii săi sau o boală autoimună, o afecţiune cardiovasculară gravă sau un cancer – este strict legată de gravitatea şi intensitatea stării emoţionale. Este posibil ca stări emoţionale mai intense să fie refulate într-un mod mai profund, ceea ce poate fi un factor în alegerea bolii.

În fine, am avut mulţi pacienţi care au trecut de la manifestări psihosomatice mai severe la unele mai uşoare: de la bulimie sau anorexie la durere de spate, de exemplu. Interpretarea mea este aceea că starea lor s-a îmbunătăţit din punct de vedere psihologic şi nu mai necesită cea mai puternică distragere a atenţiei. Repet, intensitatea stării psihologice este un factor în alegerea simptomului.

Alexander a mers mai departe decât Freud când a sugerat că simptomele vegetative sunt rezultatul proceselor conflictuale şi sunt, ca urmare, tratabile prin terapia de orientare psihanalitică.

Teoria şi practica STM sunt de acord cu Alexander şi au demonstrat că astfel de simptome sunt tratabile. Potrivit ideilor noastre, conflictul major este între Supraeul tiranic, despotic, şi Şinele revoltat, narcisic.

Heinz Kohut

Mergând mai departe decât Freud şi Alexander din punct de vedere conceptual şi istoric, teoriile psihogenezei STM şi a aspectelor sale psihosomatice depind, de asemenea, în ceea ce priveşte structura lor, de conceptele din psihologia Sinelui a lui Heinz Kohut, un psihanalist celebru, care a publicat în anii şaptezeci şi optzeci.{32}

De la început a fost evident că anumite trăsături de personalitate joacă un rol important în geneza tulburărilor psihosomatice; este vorba despre compulsiile datorate Supereului de a fi perfect şi/sau bun. Întrebarea a fost: Care este legătura dintre aceste trăsături şi simptomele fizice? Teoria lui Kohut referitoare la furia narcisică a adus lămuririle necesare.

Kohut a iniţiat teoria cunoscută acum ca psihologia Sinelui. Fundamentală pentru teoria lui este ideea că există un proces de dezvoltare în copilărie în care copilul obţine reacţii de la mama lui (cunoscută ca „obiect" al Sinelui, în termenii aparţinând psihologiei Sinelui), care sunt esenţiale pentru creşterea şi dezvoltarea lui emoţională normală. În circumstanţe optime, Şinele din copil a trăit experienţa de a fi acceptat, afirmat, lăudat şi preţuit, numită „oglindire" a Sinelui grandios. Experienţele de calmare şi alinare care vin din sentimentul „fuziunii" cu figura parentală puternică dimpreună cu sentimentele întăritoare de asemănare cu celălalt (resimţite în raport cu mama) contribuie mai departe la dezvoltarea unui Sine sănătos.

Kohut susţinea că psihopatologia este bazată pe „defecte în structura Sinelui, pe distorsiuni ale Sinelui sau pe slăbiciuni ale Sinelui" şi că acestea sunt rezultatul unei nepotriviri dintre mamă şi copil. Contribuţia mamei la nepotrivire este evidentă dacă ea are probleme psihologice, dar poate veni şi din imperative culturale sau sociale. Contribuţia copilului, se presupune, este bazată pe factori genetici.

Copilul ale cărui nevoi psihologice nu sunt rezolvate adecvat devine adultul cu probleme, printre acestea numărându-se tulburările de personalitate narcisică, definite de furie narcisică.

Această teorie reprezintă o distanţare clară faţă de modelul pulsional al psihopatologiei prin faptul că sugerează că furia rezultă din lipsurile Sinelui. Ca urmare, potrivit lui Kohut, terapia trebuie gândită să vindece rănile narcisice, ca să spunem aşa, mai degrabă decât să confrunte pacientul cu ceea ce se întâmplă în inconştient; conflictul trebuie mai degrabă vindecat decât dezvăluit.

Cum se petrece asta la adult şi, în special, ce legătură există cu STM?

Kohut a formulat teoria conform căreia există o direcţie de dezvoltare aparte pentru narcisism care, îngrijită adecvat de-a lungul copilăriei şi a stadiilor următoare ale vieţii, conduce la un Sine adult care este narcisic în limite normale, matur, coerent şi sănătos. Starea patologică apare atunci când Şinele deficient este uşor de vătămat şi, ca urmare, într-o stare de furie perpetuă. Psihologia sinelui afirmă că furia este un „produs al dezintegrării" care urmează rănirii narcisice şi că simptomele sunt o expresie fizică a furiei.

Teoria STM vede furia ca pe o reacţie normală a Copilului rezidual în fiecare dintre noi la vătămarea narcisică. Din punct de vedere raţional, suntem puternic impulsionaţi să găsim o scuză logică pentru furie, din moment ce ne este greu să acceptăm o reacţie atât de primitivă şi de excesivă la vătămare. Trebuie să acceptăm furia ca normală pentru Copilul rezidual din noi.

Teoria STM are nevoie de conceptul de „furie narcisică" pentru a explica în totalitate tulburările minte-corp. Dar modelul STM al psihosomaticii merge mai departe, sugerând că narcisismul şi furia narcisică sunt omniprezente. Acest lucru se bazează pe observaţia că simptomele psihosomatice sunt peste tot printre oamenii normali, de toate vârstele şi de ambele sexe. Prin urmare, noi raţionăm în sens invers, de la somatic înspre psihic. Dacă simptomele psihosomatice există în scopul distragerii atenţiei de la furia inconştientă şi toată lumea are simptome psihosomatice, atunci toată lumea trebuie să aibă o doză de furie inconştientă. Credem că acesta este adevărul şi sugerăm ca lipsa cunoaşterii acestui fapt explică epidemia de durere şi diverse alte tulburări din societatea occidentală.

Stanley Coen

Îi sunt îndatorat psihanalistului Stanley Coen de la Universitatea Columbia pentru sugestiile sale cum că simptomele STM nu sunt echivalente ale anxietăţii, ci manifestări ale unui proces de evitare. Această idee a avut o importanţă crucială pentru conceptualizarea STM, pentru că a identificat dintr-odată scopul simptomatologiei fizice, pe de o parte, şi motivul pentru care pacienţii sunt „vindecaţi" prin terapia cognitiv-analitică, pe de altă parte. Simptomele fizice distrăgeau atenţia pacienţilor, redirecţionându-le atenţia dinspre psihic spre fizic, sprijinind procesul de refulare în sarcina sa importantă de a preveni exteriorizarea furiei îngrozitoare. Programul meu a scos la iveală această operaţiune secretă, făcând-o nulă şi lipsită de sens. Prin conştientizarea existenţei furiei inconştiente, pacienţii nu mai au nevoie de o distragere a atenţiei, ceea ce ne conduce lin la următoarea întrebare.

Poate inconştientul să devină conştient?

Iată o chestiune extrem de importantă; ea are legătură cu fiziologia tulburărilor psihosomatice, precum şi cu întrebări privind strategia terapeutică.

În cartea sa *Psychosomatic Medicine and Contemporan/ Psychoanalysis (Medicina psihosomatică şi psihanaliza contemporană),* Graeme Taylor, psihanalist canadian, spune: „există dovezi clinice, de asemenea, că visele nu sunt stimulate numai de mintea inconştientă. Dacă ar fi aşa, atunci când psihanaliza sau psihoterapia psihanalitică ar *transforma inconştientul în conştient* [italicele mele], ne-am aştepta la o reducere a numărului de vise. Însă *insight*-ul nu are ca rezultat mai puţine vise.{33}

Apare aici o neînţelegere semnificativă. *Insight-ul* nu face ca inconştientul să devină conştient; el ne face doar conştienţi de existenţa emoţiilor refulate. După mulţi ani de diagnoză şi tratare a unei tulburări psihosomatice induse de furia reprimată, cunosc o singură persoană ale cărei sentimente au irupt în conştient (vezi Scrisoarea de la Helen din Capitolul 1). Psihoterapeuţii care lucrează cu mine spun că au fost martorii acestui proces destul de rar. Asta nu înseamnă însă că nu mai naştem şi nu mai refulăm sentimente. Sentimente puternice, dar înfricoşătoare revin constant şi continuă să se acumuleze şi să fie refulate.

Desigur că *insight-ul* nu are ca rezultat mai puţine vise, pentru că el nu transformă inconştientul în conştient. Procesul de refulare este extrem de eficient, motiv pentru care simptomele afective şi psihosomatice sunt peste tot. Ele semnifică triumful refulării.

Ceea ce nu înseamnă că emoţiile refulate nu încearcă să pătrundă în conştient. Acest fapt este esenţa procesului psihosomatic. Tendinţa de conştientizare, această ameninţare că ceea ce este refulat va deveni manifest, simţit şi exprimat în mod conştient creează nevoia pentru un factor de distragere: de aici, simptomul fizic sau afectiv.

Lear a descris această tendinţă ca pe „o dorinţă de exprimare" sau de „unificare a gândului şi sentimentului"{34}. El face asta în contextul în care se punea întrebarea dacă ceea ce Freud şi Breuer au numit catharsis era într-adevăr o descărcare sau, mai degrabă, încercarea de a unifica gândul şi sentimentul, ceea ce Lear consideră a fi foarte diferit din punct de vedere psihodinamic. El spune că nu descărcarea sentimentelor, ci recunoaşterea lor a fost cea care a adus vindecarea. Este exact ce am observat la majoritatea pacienţilor cu STM pentru care tratamentul a avut succes.

Pentru cei mai mulţi pacienţi cu STM, simpla conştientizare a faptului că simptomele lor sunt induse psihologic şi enumerarea principalilor factori psihologici care acţionează sunt suficiente pentru a opri simptomele. Aceştia nu au o „experienţă cathartică" – ei dobândesc cunoaştere. După cum s-a observat mai devreme, experienţa conştientă a sentimentelor intens refulate este relativ rară. Psihoterapia de orientare analitică desfăşurată de-a lungul unor

perioade lungi de timp poate ajuta pacienţii să retrăiască emoţii refulate anterior, dar se pot ivi diverse apărări pentru a preveni ca acest lucru să se întâmple.

Neurobiologia, psihobiologia şi dereglările

Acesta nu este locul pentru o discuţie amănunţită despre teoriile alternative ale psihosomaticii. Totuşi, este de dorit să o amintim pe una dintre ele, pentru că are legătură cu validitatea teoriei STM.

Taylor expune bazele teoretice pentru STM în mod succint: „Modelul psihosomatic tradiţional al bolii este unul în care evenimentele din mediu stresante şi/sau conflictele intrapsihice evocă anumite stări mentale care duc la o fiziologie modificată şi, în cele din urmă, la modificări patologice în funcţia şi structura corpului. Acest model liniar presupune că reacţiile psihologice şi fiziologice la experienţele de viaţă sunt legate în mod cauzal şi implică aceleaşi procese neuronale.” {35}El continuă apoi prin a respinge acest model în favoarea unuia nou.

STM urmează, într-adevăr, modelul liniar. Nu are nevoie de unul nou. Succesul nostru terapeutic constant, bazat în esenţă pe conştientizare şi, posibil, pe o anumită grijă empatică, merge în paralel cu succesul lui Freud cu pacienţii săi isterici. Nu vedem de ce ar fi nevoie de teorii alternative.

În centrul noului model teoretic pare a fi ideea că fenomenele psihosociale şi stimulii externi pot modifica corpul în mod direct şi nu au nevoie să facă asta exclusiv prin impactul lor asupra minţii. Pornind de la această idee de bază a fost emisă ipoteza unei structuri elaborate folosind teoria generală a sistemelor, conceptele de biofeedback, autoreglare şi dereglare, pentru a explica ce se întâmplă legat de sănătate şi boală.

Taylor citează ca exemplu{36} un studiu care informează despre faptul că longevitatea bărbaţilor care au supravieţuit unui infarct miocardic este în mod semnificativ mai mare la cei care se bucură de relaţii sociale bune decât la cei care sunt izolaţi social.

Nu reuşim să vedem totuşi în ce fel sprijină acest studiu noul model. Este adevărat că modelul vechi nu a epuizat toate detaliile în ce priveşte modul în care experienţele de viaţă, fie ele pozitive sau negative, afectează funcţia corpului, dar această dezvoltare nu apare nici în modelul cel nou. Experienţa STM furnizează o descriere clară a felului în care se naşte o categorie de tulburări psihosomatice şi nu are nevoie de conceptul de „dereglare psihobiologică” pentru a o explica.

Noile teorii sugerează că procesele duale funcţionează; că procesele de suport psihologic pot lucra simultan sau asupra minţii şi corpului

sau, reciproc, că oamenii care au fost lipsiţi de suport psihologic în perioada copilăriei vor avea mai târziu anumite deficienţe psihice, reciproc, dar vor fi şi „dereglaţi" fizic. Aşa au ajuns adepţii noilor teorii la concluzia că manifestările psihosomatice sunt rezultatul unui efect direct asupra organelor-ţintă mai degrabă decât prin intermediul creierului.

Dacă ar fi aşa, nu ar mai fi nicio modalitate de explicare a rezultatelor terapeutice ale terapiei STM, pentru că dispariţia simptomelor este mediată direct de creier. Persoana devine conştientă – durerea încetează.

Povestea unui pacient al lui Taylor a fost extrem de instructivă. Era vorba de o femeie de patruzeci şi doi de ani, divorţată, care prezenta o varietate de simptome psihosomatice. Ea se întreţinea singură, prinsă în plasa unei relaţii exigente, cu o mamă în vârstă, şi avea foarte puţin suport social. Taylor a iniţiat o terapie comportamentală, dar i-a spus pacientei că simptomele originare erau în legătură cu relaţia cu mama. El s-a descris pe sine ca pe un obiect al Sinelui cu o funcţie de reglare. Când a încercat să pună capăt relaţiei terapeutice, pacienta a dezvoltat paralizia lui Bell.

Interpretarea pe care am dat-o acestui caz este aceea că pacienta era înfuriată de prizonieratul din relaţia cu mama sa, de lipsa unui partener (era divorţată) şi a suportului social. Taylor trebuie să fi fost un doctor chipeş şi i-a alinat furia legată de problemele ei sociale şi personale, consimţind să o trateze. El a ales tehnici de relaxare a muşchilor, dar a oferit înţelegere spunându-i că simptomele ei erau legate de conflictul interior referitor la relaţia cu mama ei. E posibil să fi fost, indiferent ce metodă terapeutică a ales, pentru că acest doctor care oferea susţinere o îngrijea, îi alina furia, de fapt, îi oferea probabil suport empatic în întregime – şi astfel simptomele ei iniţiale s-au diminuat.

Apoi a abandonat-o! Aceasta a fost lovitura de graţie. Furia ei a crescut acum până la un nivel „periculos", adică până în punctul în care ameninţa să scape din refulare şi să devină conştientă. Dintre toate lucrurile (îi spune inconştientul), ar fi de neiertat să te înfurii pe acest doctor bun care te-a ajutat. Aşa că psihicul a făcut ce trebuia pentru a-i distrage atenţia – a cauzat o mononeuropatie a celui de-al şaptelea nerv drept cranian, aproape sigur prin intermediul mecanismului psihosomatic care caracterizează STM, care presupune micşorarea locală a fluxului de sânge (ischemie) controlată de sistemul nervos autonom. Paralizia lui Bell este una dintre mononeuropatiile pe care le-am enumerat ca posibile manifestări neurologice ale STM.

Cazul lui Taylor este un exemplu excelent despre cum lucrează procesul STM. El sugerează, de asemenea, că nu este nevoie să vorbim despre o „funcţie de reglare", deşi ar trebui reţinută referirea la

conceptul lui Kohut de „obiect al Sinelui”. Taylor nu a „reglat” pacienta, el doar a informat-o şi a îngrijit-o.

Pentru a rezuma evenimentele psihodinamice din cazul lui Taylor, un alai de trăsături de personalitate şi circumstanţe de viaţă creaseră suficientă furie narcisică pentru a reclama crearea unor simptome fizice, acelea pe care pacienta le avea când l-a consultat prima oară pe Taylor. El a tratat-o, simptomele s-au diminuat şi apoi a abandonat-o.

Cazul confirmă valoarea terapeutică a ajutorului dat pacienţilor pentru identificarea surselor furiei, un principiu fundamental în tratamentul STM. Taylor a informat pacienta că „conflictul” în relaţia cu mama ei era responsabil pentru simptomele ei (care, să nu uităm, erau toate clasice pentru STM). El a mai administrat o doză generoasă de empatie de tip Kohut, care în acest caz ar fi putut să fie cel mai important ingredient terapeutic. În experienţa mea clinică, înţelegerea pare să fie primară, fapt bine ilustrat la acei pacienţi care au fost „vindecaţi” după ce au citit una dintre cărţile mele.

Nevoia pentru noul model al bolii psihosomatice sugerat de Taylor reflectă eşecul medicinei contemporane de a explica şi trata cu succes tulburările psihosomatice, pe de o parte, şi dorinţa de a căpăta rangul de „ştiinţific”, pe de altă parte. Cum psihanaliza a început să piardă din simpatia psihiatrilor, ea nu a mai fost acceptabilă ca bază teoretică pentru psihosomatică, deci o teorie nouă a fost necesară. Şi, desigur, ar trebui să fie una acceptabilă şi pentru „ştiinţa tare”; de aceea au fost forjate concepte precum „defecte psihice structurale” sau defectele neuroanatomice postulate pentru oameni care sunt diagnosticaţi cu „alexitimie”.

Termenul a fost aplicat pacienţilor care nu îşi exprimă verbal sentimentele şi se pare că nici nu şi le pot înţelege. Nemiah, un specialist în medicină psihosomatică, a propus ca aceasta să fie văzută ca o tulburare distinctă, separată şi, după cum s-a observat mai devreme, care să poată fi pusă în legătură cu defectele cerebrale structurale.{37}

Sunt de acord cu Medougall, care crede că acest comportament al pacienţilor cu alexitimie reprezintă un mijloc de apărare împotriva sentimentelor înfricoşătoare.{38} Un astfel de comportament este văzut frecvent la pacienţii cu STM, cărora li se prescrie psihoterapie. Toţi aceştia au simptome de durere fizică, deci suferă de afecţiuni psihosomatice clasice şi nu sunt conştienţi, după cum sugerează Medougall, că problemele lor au origini psihice. Asta semnalează o negare masivă din partea pacientului, ceea ce nu justifică crearea unui alt diagnostic psihologic. Lesser şi Lesser au avertizat împotriva adăugării unor cauze fizice inutile la anumite diagnostice, cum este alexitimia.{39}

Trebuie să spunem că aceste concepte psihosomatice „liniare”, pure

nu au avut niciodată şansa să se dezvolte. Alexander a dat startul, însă nimeni nu a continuat munca sa.

Muncind din greu sub presiunea complexului de inferioritate amintit mai devreme şi pentru că trebuie să-şi bazeze părerile pe temeiuri empirice mai degrabă decât pe experimente de laborator, mulţi psihanalişti au acceptat imediat teorii care sună mai „ştiinţific". Teoria psihosomatică evidenţiată în această carte nu necesită concepte derivate cibernetic pentru a explica diagnosticele sau procesele terapeutice. Mai mult, a fost testată cu succes, deci trebuie să fie corectă.

Tărâmul emoţiilor şi al simptomatologiei induse emoţional rămâne învăluit în mister şi probabil că va rămâne aşa până când vom şti cum funcţionează creierul la un nivel foarte elementar. Nici fizica, nici chimia sau cibernetica nu vor descifra misterul. Soluţia poate necesita o nouă epistemologie. Până atunci, trebuie să ne mulţumim să facem observaţii atente şi să avem integritatea ştiinţifică de a le folosi cu responsabilitate.

Bibliografie

Abbey, S.E. Şi Garfinkel, P.E. „Neurasthenia and chronic fatigue syndrome: the role of culture în the making of a diagnosis.” *American Journal of Psychiatry* 148 (1991): 1638-1641.

Alexander, F. *Medicina psihosomatică.* Bucureşti: Ed. Trei, 2008, trad, de Iuliana Diaconu (ed. Orig.: 1950).

Alexander F., French T.M. Şi Pollock, G.H. *Psychosomatic Specificity*. Chicago: University of Chicago Press, 1968.

Beecher, H. K. „Pain în men wounded în battle.” *Annals of Surgery* 123 (1946): 96-105.

Bengtsson, A. Şi Bengtsson, M. „Regional sympathetic blockade în primary fibromyalgia.” *Pain* 33 (1988): 161-167.

Benson, H. *Timeless Healing.* New York: Scribner, 1996.

Bettelheim, B., „Freud and the soul.” *The New Yorker,* 1 martie, 1982.

Bigos S.J. Şi colab. „A prospective study of work perceptions and psychosocial factors affecting the report of back injury.” *Spine* 16 (1991): 1-6.

Blumer, D. şi Heilbronn, M. „Chronic pain as a variant of depressive illness.” *Journal of Nervous and Mental Disease* 170 (1982): 381ˆ06.

Bowen, C.D. *The Most Dangerous Man în America.* Boston: Little, Brown, 1974.

Bozzao, A. şi colab. „Lumbar disk herniation: MR imaging assessment of natural history în pacients treated without surgery.” *Radiology* 185 (1992): 135-141.

Cannito, M.R „Emotional considerations în spasmodic dysphonia: psychometric quantification.” *Journal of Communicative Disorders* 24 (1991): 313-329.

Chopra, D. *Quantum Healing.* New York: Bantam Books, 1989.

Coen, S.J. *Between Author and Reader.* New York: Columbia University Press, 1994.

Cousins, N. *Anatomy of an Illness.* New York: W.W. Norton, 1979.

Deyo, R.A. „Fads în the treatment of low back pain.”

New England Journal of Medicine. 325 (1991): 1039-1040.

Deyo, R.A., Loeser, J. D. şi Bigos, S. T. „Herniated lumbar intervertebral disk.” *Annals of Internal Medicine* 112 (1990): 598-603.

Deyo, R.A. „Practice variations, treatment fads, rising disability.” *Spine* 18 (1993): 2153-2162.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington, DE: American Psychiatric Association, 1994.

Duffy, J.R. *Motor Speech Disorders.* St. Louis: Mosby Year Book, 1995.

Edelman, G.M. *Bright Air, Brilliant Fire.* New York: Basic Books, 1992.

Eisemberg, D.M. Şi colab. „Unconventional medicine în the United States." *New England Journal of Medicine* 328 (1993): 246-252.

Epstein, A. *Mind, Fantasy and Healing.* New York: Dela- corte Press, 1994.

Esterling, B.A. Şi colab. „Emotional disclosure through writing or speaking modulates latent Epstein-Barr virus antibody titers." *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62 (1994): 130-140.

Fassbender, H.G. Şi Wegner, K. „Morphologie and pa- thogenese des weichteilrheumatismus." Z. *Rheumaforsch* 32 (1973): 355-360.

Fassbender, H.G. *Pathology of Rheumatic Diseases.* New York: Springer, 1985.

Fernandez, E. Şi Turk, D.C. „The scope and significance of anger în the experience of chronic pain." *Pain* 61 (1995): 165-175.

Fior, H., Turk, D.C. Şi Birbaumer, N. „Assessment of stress related psychophysiological reactions în chronic back pain pacients." *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 53 (1985): 354-364.

Fordyce, W.E. *Behavioral Methods for Chronic Pain and Illness.* St. Louis: C.V. Mosby, 1976.

Fox, A.J. Şi colab. „Myelographic cervical nerve root deformities." *Radiology* 116 (1975): 355-361.

Freud, Sigmund. *Opere,* Bucureşti: Ed. Trei, 1999-2007.

Friedman, M. Şi Rosenman, R. *Type A Behavior and Your Heart.* New York: Knopf, 1984.

Frieman, B.G., Albert, T.J. Fenlin, J.M. „Rotator cuff disease: a review of diagnosis, pathophysiology, and current trends în treatment". *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 75* (1994): 604-609.

Frosch, J. *Psychodynamic Psychiatry.* Madison, CT: International Universities Press, 1990.

Gay, P. *Freud: A Life for Our Time.* New York: W.W. Norton, 1988.

Gaylin, W. *The Rage Within.* New York: Simon & Schuster, 1984.

Goldembeig, D.L. „Fibromyalgia, chronic fatigue syndrome, and myofascial pain syndrome." *Current Opinion în Rheumatology* 5 (1993): 199-208.

Gore, R.D., Sepic, M.S. şi Gardner, G.M. „Roentgenogra- phic findings of the cervical spine în asymptomatic people." *Spine* 11 (1986): 521-524.

Gould, S.J. „This view of life." *Natural History,* iunie 1986.

Gould, S.J. „This view of life." *Natural History,* ianuarie 1991.

Grady, D. „În one country, chronic whiplash is uncompensated (and

unknown).” *New York Times,* 7 mai, 1996 (Section C3).

Haldane, J.B.S. *Possible Worids and Other Essays.* London: Chatto & Windus, 1927.

Heilbroner, D. „Repetitive stress injury.” *Working Woman,* februarie 1993, pp. 61-65.

Henriksson, K.G. şi Bengtsson, A. „Fibromyalgia: a clinical entity?” *Canadian Journal of Physiological Pharmacology* 69 (1991): 672-677.

Holmes, T.H., Rahe, R.H. „The Social Readjustment Rating Scale.” *Journal of Psychosomatic Research* 11 (1967): 213-218.

Jensen, M.C. şi colab. „Magnetic resonance imaging of the lumbar spine în people without back pain.” *New England Journal of Medicine* 331 (1994): 69-73.

Klein, L.M., Lavker, R.M., Matis, W.L. ˆi Murphy, G.E.

„Degranulation of human mast cells induces an endothelial antigen central to leukocyte adhesion.” *Proceedings of the National Academy of Sciences* 86 (1989): 8972-8976.

Kohut, H. *The Analysis of the Self.* New York: International Universities Press, 1971.

Kohut, H. Wolf, E. „The disorders of the self and their treatment.” *International Journal of Psychoanalysis* 59 (1978): 413-425.

Lalli, A.F. „Urographic contrast media reactions and anxiety.” *Radiology* 112 (1974): 267-271.

Larsson, S, E. şi colab. „Chronic pain after soft tissue injury of the cervical spine: trapezius muscle blood flow and electromyography at static loads and fatigue.” *Pain* 57 (1994): 173-180.

Lear, J. *Love and Its Place în Nature: A Philosophical Interpretation of Freudian Psychoanalysis.* New York: Farrar, Strauss and Giroux, 1990.

Leshan, L. *You Can Fight For Your Life.* New York: Evans, 1977.

Lesser, I.M. şi Lesser, B.Z. „Alexithymia: Examining the development of a psychological concept”. *American Journal of Psychiatry* 140 (1983): 1305-1308.

Lipowski, Z.J. „Somatization: the concept and its clinical application.” *American Journal of Psychiatry* 145 (1988): 1358-1368.

Locke, S. şi Colligan, D. *The Healer Within.* New York: E.P. Dutton, 1986.

Ludlow, C.L. şi Connor, N.P. „Dynamic aspects of phonatory control în spasmodic dysphonia.” *Journal of Speech and Hearing Research* 30 (1987): 197-206.

Lund, N., Bengtsson, A. şi Thorborg, P. „Muscle tissue oxygen pressure în primary fibromyalgia.” *Scandinavian Journal of Rheumatology* 15 (1986): 165-173.

Magora, A. şi Schwartz, A. „Relation between the low back pain syndrome and x-ray findings 1. Degenerative osteoarthritis.” *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine* 8 (1976): 115-125.

Magora, A. şi Schwartz, A. „Relation between the low back pain syndrome and x-ray findings 2. Transitional vertebra (mainly sacralization).” *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine* 10 (1978): 135-145.

Magora, A. Ei Schwartz, A. „Relation between the low back pain syndrome and x-ray findings 3. Spina bifida occulta.” *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine* 12 (1980): 9-15.

Malmivaara, A. şi colab. „The treatment of acute low back pain – bed rest, exercise or ordinary activity?” *New England Journal of Medicine* 332 (1995): 351-355.

Mann, S.J. „Stress and hypertension – the role of unintegrated emotions: revival of a hypothesis.” *Integrative Psychiatry* 8 (1992): 191-197.

Mann, S.J. Şi Delon, M. „Improved hypertension control after disclosure of decades-old trauma.” *Psychosomatic Medicine* 57 (1995): 501-505.

Mann, S.J. „Severe paroxysmal hypertension: an automatic syndrome and its relationship to repressed emotions.” *Psychosomatics* 37 (1996): 444-450.

Mecain, G.A. „Fibromyalgia and myofascial pain syndromes.” în Wall, P.D. Şi Melzack, R., *Textbook of Pain* (a 3-a ediţie). Edimburgh şi New York: Churchill Livingstone, 1994.

Medougall, J. *Theaters of the Body.* New York: Norton, 1989.

Meneil, G.N. Leighton, L. H. Şi Elkins, A.M. „Possible psychogenic fever of 103F în a pacient with borderline personality disorder.” *American Journal of Psychiatry* 141 (1984): 896-897.

Merae, D.L. „Asyptomatic intervertebral disc protrusions.” *Acta Radiologica* 46 (1965): 9-27.

Miller, H.C. „Stress prostatitis.” *Urology* 32 (1988): 507-510.

Mixter, W.J. Şi Barr, J.S. „Rupture of the intervertebral disc with involvement of the spinal cord.” *New England Journal of Medicine* 211 (1934): 210-214.

Mountz, J.M. Şi colab. „Fibromyalgia în women.” *Arthritis & Rheumatism* 38 (1995): 926-938.

Nachemson, A.L. „The lumbar spine: an orthopedic challenge.” *Spine* 1 (1976): 59-71.

Nemiah, J.C. „Alexithymia: theoretical considerations.”
Psychotherapy and Psychosomatics 28 (1977): 199-206.

Ornish, D. *Et al.* „Can lifestyle changes reverse coronary heart disease?” *The Lancet* 336 (1990): 129-133.

Pellegrino, M.J. şi colab. „Prevalence of mitral valve prolapse în primary fibromyalgia: a pilot investigation.” *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 70 (1989): 541-543.

Pelletier, K.R. *Mind as Healer, Mind as Slayer.* New York: Dell, 1977.

Pennebaker, J.W., Kiecolt-Glaser, J. şi Glaser, R. „Disclosure of traumas and immune function: health implications for psychotherapy.” *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56 (1988): 239-245.

Pert, C.B. *Molecules of Emotion.* New York: Scribner, 1997.

Quint, M. „Bane of insurers: new ailments.” *New York Times,* 28 noiembrie, 1994.

Reichlin, S. „Neuroendocrine-immune interactions.” *New England Journal of Medicine* 329 (1993): 1246-1253.

Reiser, M.F. *Mind, Brain, Body.* New York: Basic Books, 1984.

Rosomoff, H.L. *Do Herniated Dises Produce Pain? Advances în Pain Research and Therapy* (Vol. 9), editat de H.L. Fields şi colab. New York: Raven Press, 1985.

Rosomoff, H.L. şi Rosomoff, R.S. „Nonsurgical aggressive treatment of lumbar spinal stenosis.” *Spine* 1 (1987): 383-400.

Rossi, E.L. *The Psychobiology of Mind-Body Healing.* New York: Norton, 1986.

Saal, J.S., Saal J.A. Şi Yurth, E.F. „Nonoperative management of herniated cervical intervertebral disc with radiculopathy.” *Spine* 21 (1996): 1877-1883.

Samo, J.E. „Psychogenic backache: the missing dimension.” *Journal of Family Practice* 1 (1974): 8-12.

Sarno, J.E. „Chronic back pain and psychic conflict.”

Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine 8 (1976): 143-153.

Samo, J.E. „Psychosomatic backache.” *Journal of Family Practice* 5 (1974): 353-357.

Samo, J.E. „Etiology of neck and back pain: an autonomic myoneuralgia?” *Journal of Nervous and Mental Disease* 69 (1981): 55-59.

Samo, J.E. „Therapeutic Exercise for Back Pain.” în *Therapeutic Exercise* (a 4-a ediţie), J.V. Basmajian, ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1984.

Samo, J.E. *Mind Over Back Pain.* New York: William Morrow, 1984.

Samo, J.E. „Psychosomatic back pain alias lumbar herniated disc pain.” Manuscris nepublicat.

Samo, J. E. *Healing Back Pain.* New York: Warner Books, 1991.

Schnall, PL. Şi colab. „The relationship between «job strain», workplace diastolic blood pressure, and left ventricular mass.” *Journal of the American Medical Association* 263 (1990): 1929-1935.

Schrader, H. Şi colab. „Natural evolution of late whiplash syndrome outside the medicolegal context.” *Lancet* 347 (1996): 1207-1211.

Schwaber, E. „On the «self» within the matrix of analytic theory: some clinical reflections and reconsiderations.” *International Journal of Psychoanalysis* 60 (1979): 467-479.

Schwartz, J.M. *Et al.* „Systematic change în cerebral glucose metabolic rate after successful behavior modification treatment of obsessive-compulsive disorder." *Archives of General Psychiatry* 53 (1996): 109-113.

Shorter, E. *From Paralysis to Fatigue: A History of Psychosomatic Illness în the Modern Era.* New York and Toronto: The Free Press, 1992.

Siegel, B.S. *Love, Medicine and Miracles.* New York: Harper & Row, 1986.

Simonton, O.C., Matthews-Simonton, S. Ei Creighton, J.L.

Getting Well Again. New York: Bantam Books, 1981.

Smedslund, J. „How shall the concept of anger be defined?" *Theoretical Psychology* 3 (1992): 5-34.

Smyth, J.M. şi colab. „Effects of writing about stressful experiences on symptom reduction în patients with asthma or rheumatoid arthritis." *Journal of the American Medical Association* 281 (1999): 1304-1309.

Sorotzkin, B. „The quest for perfection: avoiding guilt or avoiding shame?" *Psychotherapy* 22 (1985): 564-570.

Spiegel, W. „Emotional expression and disease outcome." *Journal of the American Medical Association* 281 (1999): 1328-1329.

Sunderland, S. *Nerve Injuries and Their Repair: A Critical Appraisal.* Edimburgh: Churchill Livingstone, 1991.

Swanson, D.W. „Chronic pain as a third pathologic emotion." *American Journal of Psychiatry* 141 (1984): 210-214.

Taylor, G.J. *Psychosomatic Medicine and Contemporary Psychoanalysis,* Madison: International Universities Press, 1987.

Thompson, J.M. „Tension myalgia as a diagnosis at the Mayo Clinic and its relationship to fibrositis, fibromyalgia, and myofascial pain syndrome." *Mayo Clinic Proceedings* 65 (1990): 1237-1248.

Turner, J.A. Ei colab. „The importance of placebo effects în pain treatment and research." *Journal of the American Medical Association* 271 (1994): 1609-1614.

Unsigned editorial. „Autonomic function în mitral valve prolapse." *The Lancet,* Oct. 3,1987: 773-774.

Walters, A. „Psychogenic regional pain alias hysterical pain." *Brain* 84 (1961): 1-18.

Weil, A. *Spontaneous Healing.* New York: Knopf, 1995.

Wheeler, A.H. „Evolutionary mechanisms în chronic low back pain and rationale for treatment." *American Journal of Pain Management* 5 (1995): 62-66.

Wiesel, S. W. ˆi colab. „A study of computer-assisted tomography 1. The incidence of positive CAT scans în an asymptomatic group of patients." *Spine 9* (1984): 549-551.

Wilberger, J.E., Jr. Pang, D. „Syndrome of the incidental herniated

lumbar disc." *Journal of Neurosurgery* 59 (1983): 137-141.

Witt, I., Vestergaard, A. şi Rosenklint, A. „A comparative analysis of the lumbar spine în patients with and without lumbar pain." *Spine* 9 (1984): 298-300.

{1} RSI include o serie de boli profesionale provocate de poziţia inadecvată, repetarea constantă a aceloraşi mişcări şi forţarea repetată a aceloraşi muşchi şi articulaţii (n. Red.).
{2} Sindromul tensiunii musculare (STM) se manifestă printr-o contractare excesivă a muşchilor, act involuntar „comandat" de inconştient pentru ca durerea astfel provocată să distragă atenţia eului conştient de la furia refulată în inconştient (n. Red.).
{3} S. Freud, „Dincolo de principiul plăcerii (1920)", trad. De G. Purdea şi Vasile Dem. Zamfirescu, în Opere, voi. III (Bucureşti: Editura Trei, 2000): 175.
{4} Franz Alexander, Medicina psihosomatică (Bucureşti, Editura Trei, 2008), p. 21.
{5} S. Freud, „Inhibiţie, simptom şi angoasă (1926)", trad. Roxana Melnicu, în Opere, voi. 5 (Bucureşti: Ed. Trei, 2001): 200-264.
{6} „Fragment dintr-o analiza de isterie (1905)", trad, de Georgeta Mitrea, în Opere, vol. 5 (ed. Cât.): 76-166.
{7} S.J. Coen, Between Author and Reader (New York: Columbia University Press, 1994).
{8} B. Bettelheim, „Freud and the Soul", în The New Yorker, 1 martie, 1982.
{9} C.B. Pert, Molecules of Emotion (New York: Scribner's, 1997); S. Reichlin, „Neuroendocrine-immune interactions", în New England Journal of Medicine 329 (1993): 1246-1253.
{10} Freud, „Fragment dintr-o analiză de isterie", ed. Cât., 114.
{11} Ibid., 106-107.
{12} W.E. Fordyce, Behavioral Methods for Chronic Pain and Illness (St. Louis: C.V. Mosby, 1976).
{13} A.H. Wheeler, „Evolutionary Mechanisms în Chronic Low Back Pain and Rationale for Treatment", în *American Journal of Pain Management* 5 (1995): 62-66.
{14} Freud, Opere esenţiale, voi. 2: Interpretarea viselor, trad. De Roxana Melnicu (Bucureşti: Editura Trei, 2010): 650.
{15} S. Freud, Interpretarea viselor, ed. Cât.: 702-703.
{16} S. Freud, „Eul şi Se-ul (1923)", trad. De G. Purdea şi Vasile Dem. Zamfirescu, în Opere, voi. 3 (Bucureşti: Editura Trei, 2000): 248.
{17} Op. Cât.; 249-250.
{18} H. Kohut, The Analysis of the Se//(New York: International Universities Press).
{19} Freud, „Dincolo de principiul plăcerii", trad, de G. Purdea şi Vasile Dem. Zamfirescu, în Opere, voi. 3 (ed. Cât.): 176.
{20} Ibid.: 177.
{21} S. Freud, Interpretarea viselor (ed. Cât.): 663.
{22} „Eul şi Se-ul" (ed. Cât.): 250.
{23} S. Freud, „Remarci asupra unui caz de nevroză obsesiónala (1904)", trad. De Corneliu Irimia în Opere, voi. 7 (Bucureşti, Ed. Trei, 2002): 33.
{24} Pert, Molecules of Emotion; Reichlin, „Neuroendocrine-immune Interactions."
{25} J. Lear, Love and Its Place în Nature: A Philosophical Interpretation of Freudian Psychoanalysis (New York: Farrar, Strauss and Giroux, 1990), 39.
{26} Pert, Molecules of Emotion.
{27} G.N. Meneil, L.H. Leighton şi A.M. Elkins, „Possible Psychogenic Fever of 103 F în a Pacient with Borderline Personality Disorder", în American Journal of Psychiatry 141 (1984): 896-897.
{28} J. Frosch, Psychodynamic Psychiatry (Madison: International Universities Press, 1990).
{29} F. Alexander, Psychosomatic Medicine (New York: W.W. Norton, 1950) (Medicina psihosomatică, (Bucureşti: Trei, 2008, trad, de Juliana Diaconu); F. Alexander, T.M. French şi G.H. Pollock, Psychosomatic Specificity (University of Chicago Press, 1968).
{30} Z.J. Lipowski, „Somatization: The Concept and Its Clinical Application", în American journal of Psychiatry 145 (1988): 1358-1368; M.F. Reiser; Mind, Brain, Body (New York: Basic Books, 1984); E.L. Rossi, The Psychobiology of Mind-Body Healing (New York: W.W. Norton, 1986).
{31} E. Shorter, From Paralysis to Fatigue: A History of Psychosomatic Illness în the Modern Era (New York: The Free Press, 1992).
{32} Kohut, *Analysis of the Self;* H. Kohut E. Wolf, „The Disorders of the Self and Their Treatment", în *International Journal of Psychoanalysis* 59 (1978): 413-125.
{33} G.J. Taylor, *Psychosomatic Medicine and Contemporary Psychoanalysis* (Madison, Conn.: International Universities Press, 1987), 203.
{34} Lear, Love and Its Place.
{35} Taylor, Psychosomatic Medicine, 279.
{36} Ibid., 287.
{37} J.C. Nemiah, „Alexithymia: Theoretical Considerations", în Psychotherapy and Psychosomatics 28 (1977): 199-206.
{38} J. Medougall, Theaters of the Body (New York: W.W. Norton, 1989).
{39} I.M. Lesser ÿi B.Z. Lesser, „Alexithymia: Examining the Development of a Psychological Concept", În American Journal of Psychiatry 140 (1983): 1305-1308.

Table of Contents

Mulţumirile autorului
Prefaţă
Introducere: o perspectivă istorică
PARTEA ÎNTÂI
1
2
PARTEA A DOUA
3
4
5
6
7
8
PARTEA A TREIA
9
Anexă: dezbateri academice
Bibliografie